Rok XXXVII. Kraków, 3. Grudnia 1898. Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Stopa szpotawa wrodzona.

(Rzecz opracowana na podstawie 50 przypadków własnych).

Podał

Dr. H. Schramm,

docent chirurgii w Uniw. lwowskim.

Stopą szpotawą (per varus, Klumpfuss, pied bot) nazywamy takie zboczenie kształtu stopy, w którem brzeg zewnętrzny jej staje się brzegiem dolnym, a wewnętrzny górnym, czyli — że stopa znajduje się stale w supinacyi. Zboczenie to połączone jest zwyczajnie z drugiem, t. j. że paluch zbliża się ku kostce wewnętrznej, przez co stopa znajduje się mniej lub więcej w addukcyi, wreszcie obie te zmiany położenia łączą się bardzo często z trzecią, a mianowicie z podniesieniem pięty ku górze i opadnięciem palców ku dołowi. Te trzy rodzaje zboczeń mogą występować w różnym stopniu tak, że w jednym przypadku przeważa supinacya, w innym addukcya, a i domieszka tak zwanej stopy końskiej u różnych chorych może być rozwinięta w różnym stopniu.

Przyczyny tego zboczenia mogą być rozmaite i według nich rozróżniać możemy dwie główne gromady, t. j. stopę szpotawą wrodzoną, z jaką dziecko na świat przychodzi i stopę szpotawą nabytą, powstałą w późniejszym wieku z powodu różnych zmian patologicznych, czy to w unerwieniu mięśni stopę poruszających, czy też po urazach lub sprawach zapalnych w różnych tkankach wchodzących w skład stopy. Na razie zajmiemy się tylko przypadkami, należącymi do pierwszej gromady. Zboczenie, o którem mówić mamy, należy do dosyć częstych i jeżeli moglibyśmy się oprzeć na materyale, spostrzeganym w szpitalu św. Zofii, należałoby wnosić, że wada ta zdarza się u nas nawet częściej, niż w innych okolicach. Do szpitala św. Zofii zgłasza się rocznie około 550 dzieci z chorobami chirurgicznemi, w ciągu lat dwunastu bowiem było ich razem 7,850. W liczbie tej było 50 przypadków stopy szpotawej wrodzonej. t. j., że procentowo wynosiła 0·63, czyli że na 1000 chirurgicznie chorych dzieci było 6 dotkniętych wrodzoną stopą szpotawą. Zboczenie to zajmuje drugie miejsce w szeregu wad wrodzonych, z jakiemi dzieci przynoszone bywają do szpitala św. Zofii, a co do częstości przewyższa je tylko warga zajęcza sama, lub połączona z rozszczepieniem podniebienia (razem 62 przypadków). Stosunkowo dość często, bo 12 razy, połączona była stopa szpotawa z innemi wadami rozwojowemi, a mianowicie 3 razy z przepukliną rdzeniową, 3 razy z zrostem palców na ręce 2 razy były nadliczbowe palce u rąk, 1 raz niedostateczny rozwój kości piszczelowej, 1 raz wrodzone zwichnięcie w obu stawach kolanowych, 1 raz wodogłowie i 1 raz warga zajęcza i paszcza wilcza.

Co do płci przyniesionych dzieci, to tak samo zestawienie naszych przypadków, jak i zestawienie Bessel-Hagena i Hoffy, oparte na daleko liczniejszym materyale, wskazuje znaczną przewagę chłopców, przychodzących na świat z tem cierpieniem, gdyż między moimi 50 przypadkami było 34 (68%) chłopców, a tylko 16 (12%) dziewcząt.

Co do umiejscowienia tego zboczenia, to doświadczenie moje zgadza się również z dotychczasowemi spostrzeżeniami, mianowicie, że najczęściej obie stopy, choć czasem w różnym stopniu, są dotknięte tą wadą. W razie jednostronnego wystąpienia zboczenia częściej znajdujemy je na stopie lewej niż na prawej. Liczbowo z mego zestawienia wynika, że na 50 przypadków była 31 razy, czyli 62% stopa szpotawa obustronna, a z pomiędzy pozostałych 19 przypadków 11 razy po lewej, a 8 razy po prawej stronie. Rozdzielając te przypadki z uwzględnieniem płci, przekonujemy się, że na 34 chłopców miało 23 (68%) obustronną, 6 lewą, a 5 prawą stopę szpotawą. Z pomiędzy 15 dziewcząt znalazłem 8 razy 50% zboczenie to po obu stronach, 5 razy po lewej, a 3 po prawej stronie, wynika zatem z tego, że chłopcy rodzą się częściej z stopą szpotawą obustronną, niż dziewczęta. Przyczyny powstania stopy szpotawej mogą być różne, różne też są teorye jej rozwoju i nawet do ostatnich czasów jeszcze nie zupełnie zgodne.

Doświadczenia i liczne badania, przeprowadzone przez Volkmanna, Schwarza, Bouviera, Shattocka, a zwłaszcza w ostatnich czasach Bessel-Hagena i Hoffa doprowadziły do wyniku, że i przy wrodzonej stopie szpotawej musimy odróżniać dwie osobne postacie, a mianowicie stopę szpotawą pierwotną, spowodowaną przez zboczenia w samym zarodzie części składowych stopy, jako też stopę szpotawą wrodzoną następową, t. j. taką, w której zupełnie prawidłowo pierwotnie zbudowana stopa, dopiero następowo, z powodu działania różnych szkodliwości w życiu śródmacicznem, a zwłaszcza z powodu nieprawidłowego ucisku ścian macicy przybrała kształt i budowę nieprawidłową. Do pierwszego rodzaju zaliczyć musimy przedewszystkiem te przypadki, w których stopa szpotawa powstała wskutek braku n. p. jednej z kości śródstopia, jak to miało miejsce w przypadku, opisanym przez Schwarza, lub nawet kilku kości. Chrystie opisuje przypadek, w którym u dziewczynki dwuletniej stopa szpotawa wysokiego stopnia spowodowana była brakiem palca dużego, pierwszej kości śródstopia, kości klinowej 1, kość czółenkowata bardzo niedostatecznie rozwinięta. Z pomiędzy moich przypadków dwa należały do tej gromady. Jeden z nich dotyczył dziecka 8-dniowego, które przyszło na świat z pękniętą przepukliną rdzeniową; obie nóżki porażone, obie stopy w ułożeniu stopy szpotawej wysokiego stopnia. Dziecko to umarło po dwu dniach, a przy badaniu

anatomicznem stóp znaleziono w obu brak kości śródstopia pierwszej, kość klinowa pierwsza zastąpiona była przez mały, zupełnie nieregularny kawałeczek chrząstki, kość czółenkowata słabo rozwinięta, przednia jej powierzchnia stawowa przylega wewnętrzną swą częścią bezpośrednio do główki pierwszej falangi palca dużego. W drugim przypadku, u chłopca 4-miesięcznego, również z obustronną stopą szpotawą, mogłem stwierdzić przy badaniu wstrzymany rozwój kości piszczelowej, a mianowicie brak kostki wewnętrznej. Hoffa opisuje również przypadek zupełnego braku kości piszczelowej, jako przyczynę wysokiego stopnia stopy szpotawej wrodzonej. W przypadkach takich obecność zboczenia stopy jest zupełnie jasna i nie potrzebuje dalszego tłómaczenia. Trudniejsze i prawie do najnowszych czasów sporne jest tłómaczenie powstania tej wady w przypadkach, w których niema takich braków w kośćcu stopy. Dieffenbach i Hüter utrzymywali, że stopa szpotawa jest zawsze i jedynie następstwem wstrzymanego prawidłowego rozwoju stopy, która w początkowych okresach życia płodowego znajduje się w położeniu supinacyi. Eschricht, Volkmann, a następnie Beely i Scudder twierdzili, że u płodu kończyny dolne przylegają do brzuszka powierzchnią zgięcia, przyczem stopy, zwrócone ku główce, dotykają się wzajemnie palcami małymi, znajdują się więc w najwyższym stopniu supinacyi, że następnie dopiero przez skręcanie się kości uda kończyny przechodzą w położenie prawidłowe, że zatem wstrzymanie tego ruchu skręcającego jest powodem pozostania stóp w położeniu szpotawem. Nowsze jednak badania, przeprowadzone na licznych płodach przez Bessel-Hagena, a następnie przez Hoffę, wykazały, że teorya powyższa oparta jest na fałszywem przypuszczeniu, jakoby u płodu prawidłowego stopy znajdowały się zawsze w położeniu supinacyi. Bessel-Hagen bowiem przekonał się, że w wczesnem życiu płodowem stopy są zupełnie wyprostowane tak, że stanowią prawie wprost przedłużenie podudzia, że następnie podnoszą się zwolna ku górze, że jednak w rozwoju tym nie przechodzą nigdy przez okres supinacyi. Badania te dalej przekonały, że w budowie poszczególnych kości stopy prawidłowej dziecka, a stopy szpotawej, różnice wahają się często w granicach prawidłowych, a Clarke zwrócił uwagę na ważny szczegół, mianowicie, że wyrostek piętowy, który na prawidłowej stopie noworodka zbacza na wewnątrz, skierowany jest przy stopie szpotawej na zewnątrz, byłoby to zaś niemożliwe, gdyby stopa szpotawa miała być wynikiem wstrzymanego rozwoju. Również nie zgadza się z teoryą Eschrichta fakt, iż w przeważnej liczbie przypadków wrodzonej stopy szpotawej dolna część kości podudzia skręconą jest na wewnątrz, musiałaby być zaś przeciwnie, gdyby rozwój stopy szpotawej odbywał się według przypuszczenia Eschrichta.

Opierając się na zasadniczych badaniach Bessel Hagena, możnaby tylko te przypadki wrodzonej stopy szpotowej uważać jako powstałe z powodu wstrzymanego rozwoju, w których znajdują się nieprawidłowe przyczepienia się mięśni krótkich na grzbiecie stopy, przemieszczenie przyczepów więzadeł, znaczne spłaszczenie tylnej połowy kości skokowej i już przy urodzeniu wykształcony staw między kością strzałkową, a kością piętową. Słusznie jednak zwraca uwagę König, Küstrer, a w najnowszych czasach i Nasse, że nawet i te zmiany nie koniecznie muszą pochodzić z powodu wstrzymanego rozwoju, lecz mogły się rozwinąć następowo wskutek przystósowania się kości, ścięgien i więzadeł do nieprawidłowego położenia stopy, spowodowanego przez inne przyczyny; wskazują więc stanowczo tylko na to, że stopa szpotawa istniała długo przed urodzeniem się dziecka, zatem powstała w wczesnym okresie życia płodowego.

Arndt tłómaczy powstawanie stopy szpotawej na podstawie postawionej przez siebie zasady biologicznej, że bodźce słabe powodują wzrost prawidłowy, nieco silniejsze — wzrost nadmierny, zbyt silne zaś — wzrost tamują; czyli przyjmując, że bodźce są zawsze jednakowo silne, wypadnie, że ustrój prawidłowy rozwijać się będzie normalnie, nieco słabszy okazywać będzie wzrost nadmierny, w jeszcze słabszym organizmie zaś nastąpi wzrost słabszy, lub nawet zupełny zanik poszczególnych części. Biorąc analogię ze świata zwierzęcego, przypuszcza Arndt rozwój kończyn u człowieka z jednopromiennej pletwy; głównemu promieniowi ma odpowiadać kość ramieniowa, łokciowa i mały palec ręki, w kończynach dolnych kość udowa, strzałkowa i palec mały, zaś kość sprychowa i kciuk, a piszczel, wewnętrzny brzeg stopy i paluch mają być tworami wtórorzędnymi, zatem na działanie bodźców wrażliwszymi i mniej opornymi, niż owe części, odpowiadające głównemu promieniowi pletwy, na których też rzeczywiście zboczenia wrodzone spotykamy rzadziej. Z zestawienia tych dwóch przypuszczeń wynika, że przy działaniu nieco silniejszego bodźca lub, co na jedno wychodzi, przy nieco mniejszej odporności ustroju, wzrost wewnętrznej części stopy będzie silniejszy, rozwinie się więc noga koślawa i kolano koślawe (pas valgus i genu valgum), na kończynie górnej, zaś ręka koślawa i łokieć koślawy (manus valga et cubitus valgus); przy jeszcze mniejszej odporności ustroju, bodziec będzie zbyt silny i spowoduje niedostateczny rozwój tak kości jak i części miękkich po stronie wewnętrznej kończyny i stąd powstaje łokieć szpotawy i ręka szpotawa (cubitus varus, manus vara), a na kończynach dolnych stopa szpotawa i kolano szpotawe (pas varus i genu varum).

Teorya ta mogłaby może służyć do tłómaczenia przypadków, w których wszystkie kończyny dotknięte są rzeczyczywiście jednakową wadą rozwojową; trudno jednak przypuszczać ją tam, gdzie tylko jedna kończyna dotknięta jest zboczeniem, a chyba całkiem nie może się ostać wobec przypadków takich, jakie opisał Kocher, w którym dziecko przyniosło na świat po prawej stronie rękę koślawą, a stopę prawą szpotawą, lub wobec przypadków, że jedna stopa noworodka jest w wysokim stopniu szpotawa, druga zaś płaska (pes valgus). Wielu z dawniejszych autorów, jak Jörg, Bonnet, Little utrzymywało, iż najważniejszym powodem powstawania stopy szpotawej wrodzonej jest śródmaciczne porażenie poszczególnych mięśni lub gromad mięśniowych. W najnowszych jeszcze czasach H. v. Meyer upatruje przyczyny tego zboczenia w skróceniu się ścięgna mięśnia strzałkowego długiego, a Temming przyjmuje skrócenie więzadeł, jako tak zwaną przez niego „arthrogene Contractur", za pierwotną zmianę, wywołującą stopę szpotawą. Courtillier w rozprawie swej, ogłoszonej przed dwoma laty, opierając się na obfitym materyale, bo na 826 przypadkach, oraz licznych badaniach anatomicznych i drobnowidowych, wypowiada stanowcze zdanie, że przeważna część przypadków wrodzonej stopy szpotowej powstaje z powodu zmian w przednich rogach szarej substancyi rdzenia pacierzowego, miano-

wicie z powodu zaniku komórek i słupów Clarkego. Zmiany te, wywołane toksynami, krążącemi w czasie ciąży we krwi matki, a następnie naturalnie i we krwi płodu, powodują przemijające lub stałe zaburzenia w odżywianiu się mięśni płodu, opóźniając ich rozwój i tym sposobem mają być pierwotną przyczyną zboczenia w ułożeniu stopy; zmiany w kościach i więzadłach należy uważać za następowe.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Brak kwasu solnego wolnego *(Anachlorhydria)* w treści żołądkowej w przebiegu rozlicznych wrzodów okrągłych żołądka *(ulcera peptica multiplicia ventriculi).*

Podał

Dr. Antoni Krokiewicz,

prymaryusz.

W roku 1897 ogłosiłem w „Przeglądzie lekarskim [1]") przypadek potrójnego okrągłego wrzodu żołądka: 1) *ad cardiam in oesophagum tendens,* 2) *ad curvaturam minorem,* 3) *ad pylorum. Haemorrhagia ex ulcere post arosionem venae coronariae sup. ss. anaemia acuta,* budzący szczególne zajęcie ze względu na niezwykły przebieg kliniczny z jednej strony, a siedzibę anatomiczną sprawy chorobowej — z drugiej. W przypadku tym, w ciągu ostatnich 6 tygodni spostrzegania klinicznego przed zejściem śmiertelnem, był zupełny brak wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej tak, iż wobec objawów klinicznych, przemawiających pierwotnie niewątpliwie za wrzodem okrągłym żołądka, nasuwało się za życia przypuszczenie, ażali na tle wrzodu okrągłego nie wytworzył się nowotwór złośliwy rakowy. Obecnie miałem sposobność spostrzegać klinicznie również brak kwasu solnego wolnego w przebiegu wielokrotnych wrzodów okrągłych żołądka i dlatego uważam za stósowne przypadek ten chorobowy podać do szerszej wiadomości.

E. R., l. 40, służąca, cierpi od $1^1/_2$ roku, według wywiadów, na przypadłości żołądkowe. Choroba jej miała się rozpocząć wymiotami, biegunką, boleściami w podżebrzu prawem, poczem przypadłości te pojawiały się od czasu do czasu z rożnem nasileniem. Żółtaczki nigdy nie zauważyła. Od kilku miesięcy znaczniej upada na siłach, szczupleje, czuje odrazę do jedzenia; od 2 tygodni doznaje silnych bólów w podżebrzu prawem po jedzeniu, pustego odbijania i uczucia pełności w brzuchu.

W chwili przyjęcia do szpitala stan chorej był następujący:

3/9. Osoba wzrostu średniego, bardzo wynędzniała. Budowa ciała wątła. Skóra ziemista, blada, sucha; podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. Wyraz twarzy apatyczny. Spojówki blade. Gruczoły karkowe, pachowe, pachwinowe — powiększone do wielkości grochu i orzecha laskowego, twarde, przyczem skóra nad nimi przesuwalna, ruchoma. W tkance podskórnej około kostek skąpy obrzęk.

Klatka piersiowa płaska, granice płuc nieznacznie obniżone miernie ruchome. W obu szczytach, zwłaszcza w lewym, przytłumienie. W szczycie lewym wdech i wydech oskrzelowy i pokryty rzężeniami dźwięcznemi; w szczycie prawym nieoznaczony. Zresztą wypuk wszędzie na klatce piersiowej jawny, a szmery oddechowe pokryte świstami i furczeniami. Liczba oddechów 28 na minutę.

[1]) »Przegląd lekarski«, 1897. Nr. 34 i 35: Przyczynek do nauki o wrzodzie okrągłym żołądka (Ulcus rotundum).

Serce prawidłowych rozmiarów; tony czyste. Ton drugi nad tętnicą płucną silniej zaakcentowany. Tętnice obwodowe wązkie, o równym przebiegu. Tętno regularne, miernie napięte, 80 na minutę.

Język suchy, obłożony; zęby dość dobrze utrzymane.

Powłoki brzuszne wiotkie; znaczny rozstęp mięśni prostych. Przez powłoki brzuszne widoczne ruchy robaczkowe jelit. W jelitach pluskanie; nad spojeniem łonowem bolesność. Okolica żołądka tkliwa; nad częścią odźwiernikową można wyczuć silniejszy opór. Dolna granica żołądka po wprowadzeniu 250 grm. słodkiego mleka przegotowanego sięga 2 ctm. poniżej pępka. W głębi jamy brzusznej można wymacać za uciskiem gruczoły powiększone do wielkości orzechów włoskich i tureckich.

Wątroba i śledziona zmian ważniejszych nie okazują. Nerka prawa ruchoma, łatwo przesuwalna, nieco powiększona, o powierzchni gładkiej; nerka lewa w prawidłowem ułożeniu i prawidłowej wielkości. Mocz prawidłowy.

Badanie części rodnych zmian ważniejszych nie wykazuje.

Odruchy ścięgniste kolanowe prawidłowe.

Chora skarży się na brak łaknienia, uczucie wstrętu i obrzydzenie na widok pokarmów, na bóle napadowe w dołku podsercowym po spożyciu stałych pokarmów, tudzież na pociąg do przyjmowania pokarmów kwaśnych; brak nudności.

Badanie treści żołądkowej, przedsięwzięte na czczo w dniu 4/9 przez Dra Ziarkę, wykazało: zgłębnikiem można wydostać zaledwie kilka ctm. treści, zabarwionej lekko żółcią o oddziaływaniu obojętnem; również dnia następnego, t. j. 5/9, w dwie godziny po śniadaniu mlecznem, wydostano z żołądka zaledwie tylko kilka ctm. treści gęstej, papkowatej, zawierającej strzępy sernika i kawałki bułki, przyczem treść oddziaływała kwaśno i zawierała wyraźne ślady wolnego kwasu solnego.

Chora pozostawała na oddziale przez 21 dni. W tym czasie można było zauważyć ciągły ubytek sił, od czasu do czasu stan podgorączkowy, jużto pod wieczór, jużto w porze rannej, poprzedzany dreszczykami, a badanie stwierdzało powolne szerzenie się sprawy gruźliczej w płucach, zwłaszcza pośród płuca lewego. Również od czasu do czasu pojawiała się biegunka, połączona z morzyskiem i parciem na stolec. Wymiotów, jakoteż i boleści w dołku podsercowym, nie można było zauważyć; łaknienie było małe.

Leczenie polegało na podawaniu środków objawowych, między innymi i kwasu solnego rozcieńczonego, tudzież stósowaniu dyety płynnej a pożywnej.

Wynik badania treści żołądkowej, uskutecznionego przez przez Dra Ziarkę w dniu 8/9 opiewał: W $1^1/_2$ godziny po śniadaniu mlecznem, składającem się z 300 ctm. mleka i bułki, wydobyto 30 ctm. treści gęstej, zawierającej znaczną ilość bułki, skąpą sernika. Treść żołądka oddziaływała kwaśno, kwas solny wyraźny; kwasota wynosiła 25; próba biuretowa wyraźna.

Dnia 15/9, w godzinę po wypiciu 250 ctm. mleka, wydobyto z żołądka 100 ctm. treści, zawierającej znaczną ilość sernika, nieco zabarwionego żółcią i mierną ilość śluzu o oddziaływaniu kwaśnem. Brak zupełny kwasu solnego wolnego. Kwas mlekowy wyraźny, kwasota 45; próba biuretowa wyraźna; achroodekstryna.

Badanie krwi, dokonane w dniu 16/9 wykazało:

Ilość ciałek czerwonych w mil.³ 3	4,016,000
„ „ białych „	12,000
Hemoglobina	70% (Gowers)
Wskaźnik zabarwienia	0·8
Ciężar gatunkowy	1·045 (Hammerschlag)
Alkalescencya	= 853 NaOH (Engel)
Leukocytoza trawienna	12,500.

Preparat, sporządzony z krwi świeżej, nie wykazuje pod drobnowidem zmian ważniejszych ze względu na zachowanie się ciałek czerwonych i białych; toż samo i preparat barwiony.

Od dnia 15/9 począwszy chora zupełnie nie gorączkuje. Zmiany w płucach pozostają w tem samem nasileniu; również i w innych narządach stan niezmieniony, tylko od

czasu do czasu pojawia się silniejsza biegunka. Brak wszelkich bólów żołądkowych i nudności; odraza do przyjmowania pokarmów utrzymuje się.

Dopiero d. 23/9 chora dostaje silnych bólów żołądkowych, trwających kilkanaście godzin, które były połączone z dreszczami, obfitymi wymiotami fusowatymi i, wśród ogólnego zapadu, zmiera d. 24/9 o godzinie 3/4 9 rano.

Uwzględniając przebieg kliniczny podejrzywaliśmy w danym przypadku nowotwór utajony żołądka i do tej sprawy chorobowej odnosiliśmy biegunkę i obrzęki gruczołów chłonnych. Zmiany gruźlicze w płucach uważaliśmy jako sprawę podrzędną ze względu na utajony nowotwór żołądka. Wobec tego rozpoznanie kliniczne brzmiało:

Neoplasma latens ventriculi. Haematemesis. Lymphadenitis chronica. Infiltratio tuberculosa apicum pulmonum praecipue sin. Enteritis chronica. Cachexia univ. Anasarca.

Dnia 25/9 została wykonaną sekcya w zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego przez Doc. Dra Nowaka, a odpis protokółu sekcyjnego, łaskawie mi użyczony, opiewa jak następuje:

Rozpoznanie anatomiczne:

Ulcera peptica (rotunda) multiplicia (30) ventriculi. Haemorrhagia ex ulceribus in cavum ventriculi. Tuberculosis pulmonum et intestinorum. Degeneratio adiposa hepatis et renum. Anaemia permagna universalis.

Żołądek nieco rozszerzony, zawiera skąpą ilość treści fusowatej krwawej. Na wewnętrznej ścianie żołądka znajduje się 30 owrzodzeń o brzegach gładkich terasowatych, sięgających jużto w warstwy powierzchowniejsze ściany żołądka, jużto aż do błony surowiczej. Dno wrzodów gładkie; w przeważnej ilości na dnie i brzegach widoczne jest przesiąknięcie tkanki barwikiem krwi. Rozłożenie wrzodów prawie jednostajne w ścianie tylnej i dnie żołądka. W górnych częściach jelita cienkiego znajduje się treść krwawa. W jelitach grubych, a zwłaszcza w jelicie ślepem, nieliczne owrzodzenia gruźlicze. Gruczoły krezkowe i pozaotrzewnowe powiększone, serowate.

Jak widzimy, kliniczne rozpoznanie utajonego raka żołądka nie zyskało potwierdzenia w oględzinach pośmiertnych. Pomimo objawów klinicznych, przemawiających za obecnością nowotworu żołądka — jak: znacznego stopnia ogólnego wyniszczenia (charłactwa) w ostatnich miesiącach, trwania sprawy chorobowej w całości około $1^1/_2$ roku, małej ilości (zaledwie kilka ctm.) cieczy śluzowej o oddziaływaaiu obojętnem w czczym żołądku, pojawienia się na szczycie trawienia początkowo (po podawaniu rozcieńczonego HCl) miernej ilości, a na 10 dni przed krwotokiem śmiertelnym nawet zupełnego braku wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej, upośledzonego bardzo łaknienia i pragnienia — sekcya wykazała rozliczne (30) wrzody okrągłe w żołądku.

Opisany przypadek chorobowy, podobnie jak i poprzedni, poucza, iż niekiedy wbrew wielokrotnym spostrzeżeniom klinicznym w przebiegu okrągłego wrzodu żołądka znika zupełnie kwas solny wolny przed pojawieniem się krwotoków żołądkowych. Wydarza się to prawdopodobnie wówczas, skoro przychodzi do wytworzenia się nie jednego, ale kilku lub kilkunastu wrzodów okrągłych żołądka. W każdym razie zniknięcie zupełne kwasu solnego wolnego w przebiegu wrzodu okrągłego żołądka zdaje się być zapowiedzią groźnego bardzo stanu, zejścia śmiertelnego.

W przypadkach wątpliwych, czy w danym razie mamy do czynienia z wrzodami okrągłymi żołądka, czy też z nowotworem utajonym żołądka, może rozstrzygnąć ilość ciałek czerwonych krwi w 1 mil. sześć. W przypadku naszym ilość ciałek czerwonych krwi w 1 mil. sześć. wynosiła zwyż 4 miliony; nigdy zaś tej liczby, jak to wkrótce na podstawie odnośnych spostrzeżeń ogłoszę, nie znajduje się w okresie dalej posuniętego charłactwa rakowego, a więc na krótki czas przed zejściem śmiertelnem. Obok nieprawidłowego przebiegu klinicznego, zasługuje w danym przypadku na uwzględnienie zarówno i mnogość wrzodów okrągłych w żołądku, dotychczas jeszcze w tej liczbie nie opisana w literaturze, co też przemawia za ich przyrodą zatorową *(ulcera embolica)*.

III. Z zakładu fizyologicznego Uniwersytetu lwowskiego Prof. Dra A. Becka.

O wpływie zabiegów wodoleczniczych zewnętrznych na wydzielanie żółci.

Podał

Dr. Edmund Kowalski,

kierownik zakładu wodoleczniczego „Kiselka" obok Lwowa.

O wpływie, jaki wywiera na wydzielanie żółci woda, wprowadzona wewnętrznie do ustroju, mamy kilka prac dawniejszych i nowszych, a między temi dwie prace polskie, Wolfa [1]) i Zawilskiego [2]), — wszystkie zaś te, z wyjątkiem pracy zbiorowej, wykonanej pod kierunkiem Stadelmanna [3]), wykazują, iż woda, zależnie od ciepłoty i ilości, podana na wewnątrz, czy to *per os* czy *per anum*, wpływa na wydzielanie żółci zarówno pod względem ilości jak i jakości wydzieliny; — nie spotkałem się jednak z pracą, któraby omawiała ten wpływ wody, zastósowanej zewnętrznie na powłoki ciała, czyli wpływ tak zwanych zabiegów wodoleczniczych zewnętrznych.

Ponieważ zaś sprawa ta nie jest bez pewnego znaczenia, dlatego postanowiłem wyświetlić ją na drodze doświadczalnej.

Do doświadczeń tych użyliśmy psa, ważącego 10·5 klgrm., u którego, po założeniu przetoki żółciowej zupełnej (przecięcie głównego przewodu żółciowego po podwiązaniu go w dwóch miejscach i wszycie pęcherzyka żółciowego w ranę powłok brzusznych) i po zabliźnieniu się brzegów rany zewnętrznej, chwytano żółć do pęcherzyka kauczukowego, połączonego z jednej strony z rurką odpowiednią, którą wprowadzano do przetoki, — z drugiej strony z rurką, służącą do wypuszczania nagromadzonej w nim żółci. Ilość

[1]) Wolf. Wpływ wody na wydzielanie żółci. *(Gazeta lekarska*, 1868 r.)

[2]) Zawilski. Wpływ wody na wydzielanie żółci. (*Rozprawy wydziału matem. przyrod. Akademii Umiejętności.* Kraków 1877).

[3]) Stademann (in Dorpat.) Wie wirkt das per Os oder Klysma in den Körper eingeführte Wasser auf Secretion und Zusammensetzung der Galle. Nach den experimentellen untersuchungen der Herren Dr Dr. Nissen, Müller, Loewenton u. Dombrowski. Therapeutische Monatshefte. Heft 10, 11. 1891.

wydzielanej żółci oznaczaliśmy od godziny 6-ej rano do 1-ej po południu i od 3-ej po południu do 9-ej wieczorem, czyli przez 12 godzin na dobę, robiąc przerwę co czwarty dzień. Przez cały czas karmiono psa stale oznaczoną ilością mleka, kukurudzy mielonej, chleba i mięsa chudego. Kał, który pies oddawał, był przez cały czas trwania doświadczeń odbarwiony, acholiczny, co wskazuje, że żółć nie dostawała się do przewodu pokarmowego.

W pierwszym rzędzie oznaczano ilość żółci wydzieloną w 12 godzinach na dobę, bez zastósowania jakichkolwiek zabiegów; następnie oznaczano ilość żółci otrzymywaną również w 12 godzinach na dobę przy równoczesnem stósowaniu zabiegów termicznych; prócz tego oznaczano żółć otrzymywaną doraźnie wśród i po pewnym zabiegu, zestawiając ją z ilością wydzielaną w tym samym przeciągu czasu bezpośrednio przed zabiegiem.

Przy oznaczaniu ilości żółci na dobę wśród zabiegów posługiwano się kąpielami na 36° C. przez 10 minut, dalej natryskami na 12° C. przez 10 sekund, wreszcie kąpielami na 36° C. przez 10 minut, z bezpośrednio po nich następującemi kąpielami na 16° C. przez $1/2$ minuty; przy oznaczaniu zaś ilości doraźnie otrzymywanej wśród i po zabiegu, posługiwano się natryskami na 16° C. przez 5 sekund, jak również natryskami na 36° C., także przez 5 sekund.

Każdy z wymienionych ogólnych zabiegów pierwszej kategoryi powtarzano bez przerwy dwa razy dziennie przez dni 12, robiąc między jednym a drugim rodzajem zabiegu pauzę trzechdniową, żółć zaś zbierano, jak już wspomniałem, przez dni 3, pauzując dzień czwarty, czyli przy każdym rodzaju zabiegu przez dni 9.

Zabiegi zaś drugiej kategoryi stosowano od czasu do czasu i oznaczano ilość żółci wydzielanej w przeciągu 5 minut, wliczając w to i czas trwania zabiegu i porównywano tę ilość z żółcią wydzieloną również w przeciągu 5 minut bezpośrednio przed zabiegiem.

Prócz wymienionego mierzenia ilościowego żółci, oznaczano także przy każdym rodzaju zabiegu jej gęstość, przez obliczenie ilości części stałych.

Dla krótkości podam tu tylko ilości wypadkowe, pomijając zestawienie szczegółowe, zapisywane z dnia na dzień. —

Jak powiedziałem, mierzono najpierw ilość żółci otrzymaną przed rozpoczęciem zabiegów termicznych i to zbierano ją przez dni sześć w okresach trzechdniowych z pauzą jednego dnia i otrzymano ogólną ilość 277 Cctm. czyli przeciętnie na 12 godzin na dobę 46·16 ctm. (najniższą ilość 36, najwyższą 59 Cctm.) Jest to stosunkowo ilość dosyć mała, bo wynosi na 1 klgrm. wagi ciała i 12 godzin na dobę od 3·42—5·62 Cctm.; podobne ilości otrzymywali Arnold i Leyden z tą różnicą, że oznaczali je na 24 godzin i pierwszy z nich otrzymał ilość od 8·1—11·6 Cctm. drugi od 2·9—10·4 Cctm., podczas gdy Kölliker i Müller wykazują na 1 klgr. i 24 godzin ilość od 21·5—36·1 Cctm., Bidder i Schmidt od 15·9—28·7 Cctm., a Nasse od 12·2 do 28·4 Cctm. [1]). Te dość znaczne różnice ilościowe pochodzą głównie stąd, iż doświadczenia powyższe były robione przeważnie przy przetokach, czasowo założonych, a część tylko przy przetokach stałych zupełnych, wiadomą zaś jest rzeczą, że odjęcie ustrojowi żółci, co właśnie ma miejsce przy przetokach zupełnych, wpływa na zmniejszenie się jej wydzielania [2]).

Następnie stósowano kąpiele gorące przez dni 12 bez przerwy, dwa razy na dzień, a żółć zbierano przez dni 9 w okresach trzechdniowych i otrzymano ogółem ilość 508 Cctm., czyli przeciętnie na 12 godzin na dobę 55·32 Cctm. (najniższą 42, a najwyższą 68 Cctm); — dalej, po kąpielach gorących i przerwie trzechdniowej, stósowano ogólne zimne natryski przez dni 12 bez przerwy, żółć zaś zbierano również przez dni 9 w okresach trzechdniowych i otrzymano ilość ogólną 435 Cctm., czyli przeciętnie na 12 godzin na dobę 48·32 Cctm. (najniższą 37, a najwyższą 61 Cctm.); — wreszcie po przerwie trzydniowej zaczęto dawać kąpiele gorące z następowemi kąpielami zimnemi przez dni 12, a ilość żółci oznaczano przez dni 9 w okresach trzydniowych i pokazało się, że ilość ta wynosi ogółem 665 Cctm., czyli na 12 godzin na dobę, przeciętnie 74 Cctm. (najniższa 48, a najwyższa 85 Cctm.).

Przy oznaczaniu ilości żółci wydzielanej w przeciągu 5 minut podczas stósowania natrysków, okazało się, iż ilość ta przy natryskach zimnych wahała na 9 doświadczeń między 3 a 8 Cctm., podczas gdy w tym samym przeciągu czasu przed zabiegiem wynosiła najwyżej 1·5 Cctm., a zazwyczaj kilkanaście kropli; przy stósowaniu zaś natrysków gorących również przez 9 razy ilości te, t. j. przed i po zabiegu, równały się sobie mniej więcej i były wogóle bardzo nieznaczne, w jednym tylko przypadku różnica wynosiła 2 Cctm. na korzyść zabiegu.

Ilość części stałych w żółci wydzielonej przed stósowaniem zabiegów i wśród stósowania natrysków wynosiła przeciętnie od 2·78% — 3·23%, zaś podczas stósowania kąpieli gorących, jakoteż kąpieli gorących z następowemi kąpielami zimnemi, od 3·63% — 4·34%.

Z powyższego zestawienia widzimy, że ilość wydzielanej żółci na 12 godzin na dobę, przy stósowaniu niektórych zabiegów wodoleczniczych, ulega pewnym wahaniom a mianowicie przy stósowaniu kąpieli gorących, a jeszcze więcej tych ostatnich w połączeniu z następowemi kąpielami zimnemi, podczas gdy przy stósowaniu natrysków pozostaje mniej więcej niezmieniona. Ilość bowiem żółci na 12 godzin w czasie, w którym nie stósowano zabiegów, równała się 46·16 Cctm., podczas gdy przy użyciu kąpieli gorących wynosi 55·32 Cctm., czyli wzrasta o 9·16 Cctm., w okresie stósowania natrysków zimnych opada na 48·32 Cctm., czyli równa się mniej więcej wartości pierwotnej; przy stósowaniu zaś w dalszym ciągu kąpieli gorących z następowemi kąpielami zimnemi podnosi się napowrót i wynosi przeciętnie na 12 godzin 74 Cctm., czyli o 27·84 Cctm. więcej niż przed zabiegami, a o 18·68 Cctm. więcej niż w czasie samych tylko kąpieli gorących.

Przytem nadmienić muszę, iż pojedyncze ilości dzienne tak przy kąpielach gorących, jak i kąpielach gorących w połączeniu z zimnemi, zwiększały się w miarę stosowania zabiegów.

Również widzimy różnice ilościowe w żółci zbieranej w okresie pięciominutowym przed i po natryskach zimnych, czyli że wpływ ich jest dodatni, podczas gdy natryski gorące zachowują się pod tym względem obojętnie.

Podobne wahania, choć bardzo zresztą nieznaczne, spotykamy w zachowaniu się jakościowem żółci; podczas gdy bowiem w żółci zebranej przed stósowaniem zabiegów jak i w czasie natrysków zimnych odsetek stałych części wynosił 2·78% — 3·23%, to w okresie stosowania kąpieli gorących podnosi się na 3·63% — 4·34%.

Jeżeli się teraz zastanowimy bliżej nad wpływem wymienionych zabiegów, to możemy się go dopatrzeć w 2-ch kierunkach: raz na w y d z i e l a n i e żółci, powtóre na jej w y d a l a n i e.

Widzieliśmy, że pod działaniem natrysku zimnego wypływa żółć w zwiększonej ilości nagle i to stale, bo za każdem powtórzeniem doświadczenia. Cóż za przyczyna może być tego objawu?

Wiadomo jest, że pod wpływem bodźców termicznych krótkotrwałych o niskiej ciepłocie występuje w torze oddechowym, po chwilowej przerwie, przyspieszenie wdechów i wydechów, przyczem wdechy zyskują na głębokości; —

[1]) G a m g e e. Die physiologische Chemie der Verdauung 1897. Str. 285.

[2]) S c h i f f. Bericht über einige Versuchsreihen. I. Gallenbildung abhängig von der Aufsaugung der Gallenstoffe. Pflüg. Archiv. Tom 3. 1870.

prócz tego wykazał Lüderitz[1]) że u zwierząt, które zanurzał chwilowo w kąpieli o ciepłocie niższej od ciepłoty ciała, np. 20° C., czyli na które zadziałała podnieta termiczna doraźnie, że u zwierząt tych ruchy robaczkowe jelit wzmagają się i to przeważnie w kiszkach cienkich, rozprzestrzeniają się jednak, choć z mniejszem nasileniem, na kiszkę ślepą i okrężnicę, a z drugiej strony na żołądek. Wobec więc tego możemy powiedzieć, że przy zastósowaniu powyższych natrysków mamy do czynienia raz ze zwiększonym uciskiem na wątrobę od strony przepony, przez pogłębienie i przyspieszenie oddechów, — powtóre — ze wzmożonym ruchem robaczkowym jelit, oba zaś te czynniki stwarzają, jak wiadomo, warunki ułatwiające mechaniczne wydalanie żółci, nagromadzonej w przewodach żółciowych i pęcherzyku; wprawdzie co do drugiego wymienionego czynnika, rzecz w naszym przypadku przedstawia się nieco odmiennie, wobec bowiem przecięcia przewodu żółciowego, doprowadzającego (ductus choledochus), o przenoszeniu się ruchów skurczowych z jelit bezpośrednio na drogi żółciowe nie możemy mówić, sądzę jednak, że nie jest wykluczonem, iż ruchy robaczkowe dwunastnicy pociągają za sobą takież ruchy dróg żółciowych, nawet po przerwaniu związku bezpośredniego, n. p. na drodze odruchowej, jak również, że możliwem jest, iż zabiegi same, tak jak wywoływały ruchy robaczkowe jelit, pobudzają w ten sam sposób i przewody żółciowe do skurczu. Sprawę tę należałoby wprawdzie jeszcze doświadczalnie wyświetlić, że jednak rzecz się tak mieć może i ma, t. j. że wpływ taki istnieje, obojętnie na razie na jakiej drodze, stwierdzają nam doświadczenia z natryskami gorącymi, przy których zmian powyższych ani w torze oddechania ani w ruchach jelit nie ma, a które też, jak wspomniałem, zachowują się i ze względu na ilość otrzymywanej żółci, obojętnie.

Powiedzieć zatem możemy, że zabiegi termiczne krótkotrwałe o ciepłocie niskiej ułatwiają wydalanie żółci, a to, prócz innych może czynników, głównie przez dwa, t. j. przez zmianę w torze oddechania i w ruchach robaczkowych jelit.

Powtóre widzieliśmy, że pod wpływem kąpieli gorących zwiększa się dzienna ilość żółci.

Pod działaniem zabiegów termicznych o ciepłocie wysokiej zmieniają się między innemi, jak wiadomo, przedewszystkiem stosunki krążenia: ruchy serca po chwilowem przejściowem zwolnieniu ulegają przyspieszeniu i to tem znaczniejszemu, im wyższej użyliśmy ciepłoty, tętnice rozszerzają się tak na powierzchni ciała, jak i w głębi narządów wewnętrznych, a więc i naczynia krwionośne trzew, jak to wykazałem w doświadczeniach, robionych nad ciepłotą i krążeniem w jamie brzusznej[2]), czyli całe krążenie, a tem samem i w żyle bramnej, się ożywia i odbywa w tempie daleko szybszem; jasną zatem jest rzeczą, że i wszelkie czynności, zależne od tego, muszą się potęgować, a więc i czynność wydzielnicza wątroby, bo i dla niej są to warunki korzystne, tak jak przeciwnie, przy zwężeniu naczyń w jamie brzusznej pod wpływem jakichkolwiek bodźców, a więc i nizkiej ciepłoty, czyli przy warunkach pod tym względem niekorzystnych, musi się i wydzielanie żółci zmniejszyć.

Powiedzieć zatem możemy, że zabiegi termiczne o wysokiej ciepłocie zwiększają czynność wydzielniczą wątroby, a to, oprócz innych może czynników, głównie przez zmianę w krążeniu ogólnem i krążeniu w jamie brzusznej.

Przy połączeniu kąpieli gorących z następowemi zimnemi mamy działanie obu czynników wyżej wymienionych, t. j. raz korzystny wpływ na wydzielanie, powtóre na wydalanie już wydzielonej żółci, co razem daje wynik tem dosadniejszy, czyli najznaczniejsze zwiększenie się ilości otrzymywanej w 12 godzinach na dobę.

Powyższe doświadczenia nie mogą może rościć sobie prawa do niezbitych pewników, bo przeprowadziłem je na jednym tylko osobniku i wskazane są zapewne jeszcze dalsze obszerniejsze badania; w każdym jednak razie dowodzą one, że zabiegi wodolecznicze i w tym kierunku nie są obojętne dla ustroju, a co więcej, iż, odpowiednio zastosowane, mogą oddać w poszczególnych przypadkach pewne nie bez znaczenia lecznicze usługi.

[1]) Lüderitz. Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten der Darmbewegungen bei herabgesetzter Temperatur. Virchow's Archiv 1891.

[2]) E. Kowalski. Untersuchungen über das Verhalten der Temperatur u. der Circulation in den Bauchhöhlenorganen unter dem Einflusse von Umschlägen. Blätter für klin. Hydrotherapie Nr. 5, 6, 7, 8, 1898.

IV. Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie, pod kierunkiem prof. Dra A. Marsa

O zmniejszaniu pojemności główki poprzedzającej z następowem wydobywaniem płodu.

napisał

Dr. Franciszek Kośmiński.

(Ciąg dalszy).

Od czasu ogłoszenia moich przypadków, w których operacye pomniejszające płód wykonywałem przy użyciu wzierników, wszystkie operacye kraniotomii w Szkole położnych, wykonywano bez użycia kranioklastu lub kefalotrybu, a zawsze pod kontrolą wzroku. Przekonałem się przy tem, że otwarcie jamy czaszkowej i wymóżdżenie, pociąganie i wydobycie płodu, a nawet usunięcie w razie potrzeby znacznej części kości główki i zmniejszenie podstawy czaszki, daje się we wzierniku wykonać nie tylko bezpieczniej i pewniej, ale nie równie łatwiej, aniżeli przy innym sposobie operowania. —

Z tych powodów uważam za wskazane podać dokładny opis używanego przezemnie postępowania. Dla ułatwienia zabiegu używam następujących narzędzi osobno w tym celu sporządzonych: wielkich wzierników łyżkowych $5^1/_2$, 6 i 7 ctm. szerokich; kilka par bardzo mocnych, dwuzębnych, na pół tępych szczypczyków do chwytania, opatrzonych zamknięciem, na wzór szczypczyków Doyen'a; następnie bardzo mocnych nożyc 20—22 ctm. długich, przy których zamek jest umieszczony w odległości 5 — 6 ctm. od tępych zaokrąglonych końców ostrzy. Wreszcie dużej łyżki tępej na wzór *curetty*, podanej przez Recamieua, której szerokość wynosi około $2^1/_2$—3 ctm., służącej do usunięcia mózgu.

Zmniejszenie pojemności główki i wydobycie płodu wykonywałem w następujący sposób. Zapomocą wzierników, założonych na tylną i przednią ścianę pochwy, odsłaniam ujście zewnętrzne macicy tak, aby część główki była wido-

czną. Wtedy, tuż przy brzegu ujścia zewnętrznego macicy, chwytam z boku na bok skórę główki na jak najszerszej przestrzeni, jedną parą mocnych szczypczyków od przodu, a drugą od tyłu. Pociągając, a raczej trzymając silnie za szczypczyki, ustalam w ten sposób często jeszcze ruchomą główkę płodu, poczem nożycami Naegelego, lub innem podobnem narzędziem, przebijam pomiędzy szczypczykami części miękkie i kości czaszki, nie szukając wcale szwu lub ciemienia, a następnie rozszerzam otwór. Teraz za pomocą dużej, wyżej podanej, łyżki tępej wygarniam i usuwam o ile się da mózg, co mi się niemal doszczętnie udaje. W celu następnego wydobycia płodu, zakładam dwie, trzy lub cztery pary szczypczyków w ten sposób, że chwytam razem ze skórą kości główki i pociągam za nie pod kontrolą wzroku ku dołowi. Tak postępując, udaje mi się najczęściej, przy niezbyt wielkim niestosunku porodowym, zapadniętą główkę sprowadzić do próżni miednicy. Po założeniu kilku par szczypczyków najdogodniej jest zazwyczaj usunąć wziernik, leżący na przedniej ścianie pochwy, podczas gdy wziernik umieszczony na ścianie tylnej należy pozostawić tak długo, aż otwór w czaszce płodu przejdzie przez szparę sromową. Jeżeli przy mocnem pociąganiu równocześnie za wszystkie szczypczyki, niektóre z nich zaczynają się z kawałkiem kości wyrywać, to czujemy to zawczasu wśród zabiegu, nie wyrywają się bowiem one nigdy nagle, lecz powoli, gdyż inne szczypczyki na to nie pozwalają; owszem czujemy tylko, jak te szczypczyki coraz słabiej trzymają. W takim razie należy wyrywające się szczypczyki zdjąć i założyć je nanowo wyżej. W ogóle, jeżeli pociągać musimy z większą siłą, należy po obniżeniu się główki zakładać szczypczyki coraz wyżej na główce, a w ten sposób, obierając coraz nowe miejsca zaczepienia siły pociągającej, najpewniej uniknąć możemy wyrywania się szczypczyków.

Postępowanie jednak takie w przypadkach bardzo znacznego niestosunku porodowego nie wystarcza, zwłaszcza gdy kości są twarde i grube, szwy wązkie, a główka po wymóżdżeniu nie zapada się, gdyż wtedy pomimo pociągania z bardzo nawet znaczną siłą, główka wcale nie postępuje. Największą przeszkodę stanowi w takich przypadkach podstawa czaszki.

Po założeniu kilku par szczypczyków i równoczesnem pociąganiu za nie ku dołowi, należy w takich przypadkach za pomocą mocnych nożyc przeciąć od przodu całą ścianę czaszki płodu w kierunku od szczytu do jej podstawy. Po takiem przecięciu zapadają się nieco widoczne ściany czaszki i główka zstępuje nieco niżej. W miarę tego chwytając wyżej szczypczykami i ściągając ku dołowi, przecinamy pomiędzy niemi coraz wyżej ścianę czaszki, położoną ku przodowi. Według potrzeby, obok linii kierunkowej cięcia, z jednej i z drugiej strony wycinam kliny z kości różnych rozmiarów. W ten sposób postępując, można zakładać szczypczyki coraz wyżej na główce, nastawiać i odsłaniać coraz dalsze części główki w polu operacyjnem i pod kontrolą wzroku kawałkami usuwać; doszedłszy do podstawy czaszki i ją przeciąć, a nawet części jej usunąć. Kawałkowanie takie główki płodu wcale nie jest tak trudnem, jakby się na pozór wydawało; ma zaś tę niezaprzeczoną wyższość nad innymi sposobami zmniejszania pojemności główki, że jesteśmy zawsze panami położenia, a operując ostrożnie, możemy uniknąć obrażeń przewodu rodnego. Gdy zaś nie będziemy wycinać kawałków kości główki razem ze skórą, lecz tylko same kości, to operować możemy nie bezpośrednio w szyjce macicy, lub w pochwie, lecz w worku utworzonym z części miękkich główki.

Największą trudność stanowić może w takich przypadkach mało rozwarte ujście zewnętrzne macicy. Zwykle jednak, jak dotąd, nie potrzebowałem przecinać szyjki na boki, gdyż w czasie zabiegu zapadnięta i pomniejszona główka, pociągana coraz niżej, stopniowo rozszerza dostatecznie ujście, zwłaszcza jeżeli, jak to najczęściej bywa, ujście to tylko zaciągnięte, a przedtem już było rozszerzone przez pęcherz płodowy.

Przy wykonywaniu zmniejszenia objętości główki i wydobywaniu płodu w sposób podany, nie potrzeba z reguły większej pomocy, jak przy zwykłym sposobie operowania. Zwykle wystarczy jedna osoba do trzymania wzierników i pomocy przy pociąganiu za szczypczyki. W przypadkach bowiem, w których przecinać będziemy ścianę czaszki lub kawałkować główkę, wystarczy, jeżeli po założeniu kilku par szczypczyków na główce, osoba pomagająca będzie jedną ręką trzymać wziernik umieszczony na tylnej ścianie pochwy a drugą pociąga za pewną ilość oddanych sobie szczypczyków. Operujący zaś lewą ręką pociągać może w takim razie za resztę szczypczyków, podczas gdy prawą ręką operuje nożycami. Oczywiście w bardzo trudnych przypadkach może być wyjątkowo potrzebna większa pomoc.

W sposób opisany począłem operować przed niespełna trzema laty. Pierwsze przypadki, w liczbie pięciu, podałem w pracy: *„Przyczynek do bezgnilnego i ściśle chirurgicznego postępowania i. t. d.“* ogłoszonej w *Przeglądzie lekarskim* Nr. 26 i 27 r. 1897. Nadto na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego w d. 15-go lutego i 15-go marca 1898 roku przedstawiłem płody tą metodą wydobyte, jak niemniej dwie położnice po tym zabiegu.

Ożywiona wymiana zdań, która poruszyła różne wątpliwości, jak niemniej uzyskane wówczas wyniki, pobudziły mnie do dalszych prób, co mi tem łatwiej przychodziło, że prof. Mars, który mnie widział operującego, zgodził się już poprzednio w zupełności, aby tę metodę stósować w Szkole położnych bez wyboru we wszystkich przypadkach, w którychby było wskazanie do zmniejszenia pojemności główki płodu, a to w celu, aby tym sposobem wypróbować jej wady i zalety. Operowałem zawsze wobec kilku kolegów, kilkakrotnie zaś przy asystencyi prof. Marsa. Sposobem tym, oprócz ogłoszonych wyżej wspomnianych pięciu przypadków, wykonano jeszcze w krakowskiej Szkole położnych w dziesięciu innych przypadkach operacyę zmniejszenia pojemności główki. Z tych 10-ciu przypadków w 6-ciu wykonałem operacyę sam, w 3-ch wykonał ją prof. Mars, w 1-ym zaś pod mojem okiem wykonał ją jeden z kolegów, chciałem bowiem widzieć, jak się będzie tok operacyi przedstawiał, wykonywanej przez mniej wprawnego kolegę.

Zanim jednak przejdę do opisu przypadków, operowanych w Szkole położnych, muszę napomknąć o przypadku, o którym mi opowiadał prof. Mars, a który miał miejsce po za obrębem Szkoły. Czynię to tem chętniej, że wobec nowej metody, przypadek ten jest bardzo ciekawy. Wobec znacznego bardzo niestosunku porodowego, wskutek ogólnie ścieśnionej miednicy, jeden z zawodowych kolegów przystąpił do zmniejszenia pojemności główki płodu u pierwiastki,

która bezwarunkowo na wykonanie cięcia cesarskiego się nie zgodziła. Trepanem otwarto czaszkę płodu i następnie wymóżdżono zwykłym sposobem. Założono dalej kranioklast Simpsona-Brauna; ponieważ jednak otwór w czaszce wypadł w okolicy ciemienia dużego, na około wyrywały się kości, części uchwycone kruszyły się, a główka wcale nie postępowała. Wśród zabiegu powstał znaczny krwiak przedniej ściany pochwy, który pękł i rodząca krwawiła, co spowodowało osłabienie tętna; stan ogólny wymagał szybkiego ukończenia porodu. Gdy atoli znaczne rozciągnięcie dolnego odcinka macicy i silne zaklinowanie główki we wchodzie miednicy, nie pozwalały myśleć o obrocie, powstawała myśl szybkiego wykonania symfyseotomii, do czego w celu narady wezwano prof. Marsa. Symfyseotomia wydawała się istotnie zabiegiem najwłaściwszym, aby wyjść z przykrego położenia, a to tem więcej, że obrzękły srom i założona na miejsce krwawiące w pochwie gaza, zabieg utrudniały. Aczkolwiek zrazu prof. Mars nie spodziewał się, żeby sposób przezemnie opisany mógł być wielce w tym przypadku pomocny, dla próby jednak doradził go użyć. Założono wzierniki Simsa i rozwarto tym sposobem srom i pochwę. Wziernikami uciśnięto zarazem silnie gazę do miejsc krwawiących. Następnie założono na główkę płodu kilka par szczypczyków Doyena, jakie były pod ręką i poczęto za nie pociągać. Postępu zrazu nie było; ale szczypczyki się nie wyrywały i czuć było, że razem silnie trzymają. Wówczas poczęto przecinać część główki najniżej położoną od przodu zstępującą i, chwytając coraz wyżej tak, jak to się czyni przy wycinaniu macicy przez pochwę sposobem Doyena, udało się sprowadzić przeciętą podstawę czaszki. W celu wydobycia tułowia przecięto obojczyk i kilka górnych żeber. Dodać wypada, że ten sam kolega, który kranioklastem płodu wydobyć nie mógł, ukończył w tym przypadku zabieg i wydobył płód sposobem przezemnie opisanym, który mu obecny do końca porodu prof. Mars doradził. Wydobyty płód był bardzo silnie rozwinięty. Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry, połóg bezgorączkowy, prawidłowy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. Pisek: **Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych.**

Przed kilku zaledwie tygodniami pokazała się w handlu księgarskim praca Dra Piska, wydana staraniem i nakładem Wydawnictwa Dzieł Lek. pol., którego prezesowi autor to dziełko poświęcił z okoliczności jego 25-letniego jubileuszu zawodu profesorskiego.

Bo też niemałą jest zasługą obecnego prezesa, że potrafi zachęcać autorów do pisania i wydawania dzieł naukowych i nieraz sam w tej czynności dopomaga i ułatwia, a wydaniem pracy Dra Piska Wydawnictwo przysłużyło się bardzo naszym lekarzom, którzy musieli czerpać wiadomości z tego zakresu chorób z podręczników obcych, nie mając nic nowszego we własnym języku.

Na wstępie autor przechodzi etyologię wad sercowych, rozbiera rokowanie w poszczególnych wadach zastawkowych, ocenia zależność ich i rozwój od przyczyn powodujących wadę, jak również i od sposobu dalszego zachowania się chorych, a przytem przypisuje dziedziczności wpływ niekorzystny na rokowanie, co, mojem zdaniem, nie jest jeszcze udowodnione, gdyż i samej dziedziczności w ścisłem słowa znaczeniu wykazać i udowodnić często nie można.

W dalszym rozdziale zastanawia się autor nad leczeniem, a raczej zachowaniem się w wadach serca przy zupełnem wyrównaniu (kompensacyi) i szeroko omawia dyetę i leczenie zdrojowo-kąpielowe takich chorych, nie zapominając przytem podnieść sprawę małżeństwa osób chorych na serce, co zresztą stanowi już uboczny związek z terapią chorób sercowych. Dalsze rozdziały traktują wyłącznie o metodach leczniczych, a w pierwszym rzędzie o metodzie Oertla, do której autor przywiązuje wielką wagę. Nie miejsce tutaj spierać się o skuteczność tej metody, która już dziś przeszedłszy przez ogień dłuższego doświadczenia, nie znajduje wielu entuzyastów pośród klinicystów i w istocie tylko w bardzo ograniczonych przypadkach da się skutecznie zastósować; a chociaż autor w tym rozdziale gorąco za nią przemawia, toć przecież widać w innych ustępach jego pracy pewną wstrzemięźliwość od podanych zasad.

Toż samo powiedzieć można i o gimastyce, stósowanej według rozmaitych metod, że w teoryi właściwie wiele da się zastósować i należałoby zdaje się oczekiwać pomyślnego wyniku, a tymczasem codzienna praktyka dowodzi często niemożności zastósowania wielu teoretycznych pomysłów, a nieraz nawet notuje niepożądane pogorszenie w stanie chorego. Nie stosuję naturalnie tego do odpowiednio urządzonych zakładów, gdzie tego rodzaju metody dają się w nader małej liczbie przypadków zastósować. Rozdział piąty traktuje o stósowaniu ciepłych kąpieli, zimnych procedur, niemniej też o użyciu prądu elektrycznego i pneumatoterapii w odpowiednich przypadkach wad sercowych.

W dziale szóstym i następnych autor daje nam ogólny pogląd na leczenie wad zastawkowych w chwili zniesienia wyrównania, głównie zaś stósowanie środków farmakologicznych. Nie powiem, żeby podział, jaki szanowny autor zrobił, t. j. leczenie poszczególnych objawów, był mojem zdaniem trafny; boć osobno tylko kołatania serca lub arytmii nikt leczyć nie będzie, jako objawów wynikających ze stanu serca, a działając w pierwszej linii na zmiany podstawowe w krążeniu, tem samem działamy i na poszczególne objawy i je usuwamy. Przechodząc kolejno wszystkie objawy i podając na to środki, mimowolnie autor musi się powtarzać, a tego do zalet książki policzyć nie można. Zwłaszcza co do receptury muszę zrobić zarzut, że jej jest za wiele i to recept mało różniących się od siebie, a zapełniających niepotrzebnie całe stronice książki. Też same recepty powtarzają się przy rozmaitych objawach sercowych i niemal przy każdym objawie znajdujemy powtarzające się recepty już to własne, już to przytaczane z różnych autorów, ale w zasadzie nie różniące się niczem. Jest to mojem zdaniem balast zbyteczny i dałoby się wiele pod tym względem ukrócić z korzyścią dla tej, zresztą ze wszech miar cennej pracy. Nie wszystko, co się znajduje w tej książce, należy ściśle do terapii chorób serca i nieraz autor odbiega od przedmiotu, czy to wdając się ściśle w farmakologię i farmakodynamikę niektórych leków, czy to podając tablice Queteleta lub odsetkowe obliczania białka i tłuszczu w pokarmach, mojem zdaniem zbyteczne dla zrozumienia, jak chory ma się w danym przypadku żywić.

Pomijając jednak te drobne usterki zaznaczam z przyjemnością, że praca Dra Piska zasługuje na szczególne uznanie dla swej wartości i powinna cieszyć się szerokiem rozpowszechnieniem u naszych lekarzy; znajdą w niej bowiem najszczegółowsze przepisy i wskazówki we wszystkich postaciach wad sercowych, a ze środków lekarskich wszystko to, co najnowsza medycyna zdobyć mogła, by w tych ciężkich stanach choremu ulżyć.

Życzyć tylko autorowi należy, aby szybkie rozejście się tej pracy zachęciło go do wydania dalszego ciągu chorób krążenia, co, ufamy, rychło nastąpić powinno.

Dr. J. Surzycki.

VI. Wyciągi.

Prof. Dr. C. H. H. Spronck (z Utrechtu): **Hodowla lasecznika Hansena, oraz rozpoznawanie trądu za pomocą surowicy** *(sérodiagnostic). (Semaine Médicale*, Nr. 49, 1898 r.) Sam tytuł zapowiada dwa nowe fakty: 1) wyhodowanie lasecznika trądu, co jeszcze na zeszłorocznym Zjeździe berlińskim uznano za rzecz, jeżeli nie niewykonalną, to przynajmniej mocno wątpliwą; 2) zastósowanie zjawiska zlepiania się (aglutynacyi) laseczników przez surowicę krwi trędowatych do rozpoznawania trądu.

Co do pierwszego, to autor dochodzi do wniosku, że lasecznik Hansena daje się hodować i następnie z łatwością przeszczepiać. W trzech, przez siebie spostrzeganych przypadkach śmierci z trądu, poczynił on liczne zasiewy z tkanek, przez trąd zajętych. W dwu przypadkach otrzymał on hodowle laseczników, morfologicznie podobnych do laseczników Hansena. Jako pożywki, używał on przeważnie zobojętnionych ziemniaków glicerynowych, do użycia których skłoniło autora podobieństwo, zachodzące pomiędzy lasecznikami Kocha a lasecznikami Hansena. Inne pożywki stósowane nie dały bezpośredniej hodowli. Laseczniki, zaszczepione z tkanek, wyrastały na ziemniakach po upływie dni 10, w cieplocie 38°C., tworząc maleńkie jasno żółte skupienia, rozrzucone dokoła zaszczepionych cząstek tkanki. Autor przypuszcza, że badane laseczniki z trudnością przystosować się mogą do sztucznej pożywki i dlatego z początku czerpać muszą materyały odżywcze z tkanek trędowatych, jakie na pożywce zostały. Fakt ciekawy do zaznaczenia: laseczniki, wyrastające na ziemniakach, nie dają się z kolei przeszczepiać na inne ziemniaki. Z łatwością wszakże można je przeszczepić na odmienne pożywki, z których najlepiej nadają się: końska surowica żelatynizowana Löfflera, prosty bulion rybi, (z kabliona lub płaszcza), agar z glukozą i żelatyna rozpuszczona, zwłaszcza zaś dwie pierwsze. Na surowicy Löfflera skupienia laseczników są żółtawe a na agarze bezbarwne, okrągławe, o zarysach nieprawidłowych; w bulionie zaś rybim (z ryby płaszcza mianowicie), zarówno jak w wywarze drożdżowym, tworzy się gęsty, kleisty strąt laseczników. Laseczniki, otrzymane w podobnych hodowlach, są nieruchome, względne tlenowce, nie rozwijają się w cieplocie poniżej 25°C., nie rozpuszczają żelatyny. Pod wpływem sztucznej hodowli wytwarza się jednak zmieniona rasa laseczników trądu. I tak, laseczniki, przez autora wyhodowane, przypominają kształtami bardziej laseczniki błonicy prawdziwej lub rzekomej, niż laseczniki Hansena; dalej, przy barwieniu metodą Ehrlicha, odbarwiają się szybciej, niż laseczniki, zwykle w tkankach trędowatych znajdowane; wreszcie hodowla ich na agarze, pod działaniem płynu Flemminga, nie czernieje, lecz zaledwie brunatnieje. Opisane laseczniki przypominają te, które od lat 10 wyosobniane bywały przez różnych badaczy (Bordoni-Ufreduzzi, Gianturco, Babes, Levy i Czaplewski). Próby szczepienia laseczników tych zwierzętom dały wyniki ujemne.

Aby zbadać działanie aglutynacyjne surowicy trędowatych na wyhodowane przez siebie laseczniki, autor przeprowadził szereg badań. Naprzód, zrobił on 95 prób działania na te laseczniki surowicy ludzi, nie dotkniętych trądem (z tych było: 68 żyjących a 27 trupów). Z prób tych przekonał się, że najwyższe rozcieńczenie, przy którem surowica ludzi żyjących nie trędowatych wywołuje zlepianie się (aglutynacyą) laseczników, zawiera się między $^1/_{20}$ a $^1/_{30}$; podobne zaś *maximum* rozcieńczenia surowicy trupów między $^1/_{40}$ a $^1/_{50}$. Z surowica trędowatych udało się autorowi uczynić 12 prób. W 9-iu przypadkach okazało się, że surowica trędowatych powoduje zlepianie się (aglutynacyą) w rozcieńczeniu od $^1/_{50}$ do $^1/_{1000}$. Różnica jest więc znaczna pomiędzy surowicą trędowatych a surowicą ludzi nie dotkniętych trądem. W trzech wszakże przypadkach (z 12-u spostrzeganych) trądu z nieczułością *(lepra anaesthetica)*, oddawna się datującego (15—32 lat), gdzie plamy na ciele dawno już znikły, siła zlepiająca (aglutynacyjna) surowicy okazała się znacznie mniejszą: zawierała się bowiem 2 razy między 20 a 30, a raz między 30 a 40. Autor przypuszcza, iż prawdopodobnie żaden stosunek nie zachodzi pomiędzy siłą zlepiającą (aglutynacyjna) surowicy krwi z jednej, a objawami klinicznymi, postacią, oraz natężeniem trądu z drugiej strony. Jednakże rozpoznawanie zapomocą surowicy może oddać usługę w praktyce klinicznej. Autor opisuje mianowicie przypadek, gdzie pewien chory, dotknięty rzadką postacią trądu (typ Baeltza), uważanym był za nietrędowatego. Siła zlepiająca (aglutynacyjna) jego krwi, badana przez autora, zawierała się między 60 a 70. Wobec tego, autor postawił rozpoznanie trądu, co stwierdzonem zostało następnie przez dokładne zbadanie mikroskopowe tkanek.

Autor obiecuje rozwinąć obszerniej swe ciekawe spostrzeżenia w następnej swej pracy, która ma się ukazać w niedalekiej przyszłości.

W. Kania (Paryż).

Prof. A. Bier: **Leczenie przewlekłego gośćca stawowego gorącem powietrzem (przekrwieniem czynnem) i przekrwieniem zastoinowem.** *(Münch. medic. Wochschr.* Nr. 31, 1898). W ostatnich miesiącach pojawiło się kilka prac, zalecających wysokie stopnie ciepła w jakiejbądź postaci do leczenia cierpień stawów. M. Wilms *(Forcirte Wärmebehandlung bei Arthritis gonorrhoica. Ctrbl. f. Chir.* Nr. 26, 1898), poleca założyć na chory staw cienki opatrunek gipsowy, gips po wierzchu okręcić spiralnie cienką rurką ołowianą i przepuszczać przez nią wrzącą wodę. Prof. Grawitz *(Ueber die Verwendung des heissen Sandes zu therapeutischen Zwecken. Ztschr. f. diätet. u. physikal. Therapie J. 1, Z. 1)* urządza chorym z przewlekłym gośćcem stawowym, zwłaszcza z t. z. *arthritis deformans*, kąpiele w piasku, ogrzanym do 35 do 55° R. W kąpiołce takiej wygrzewać można także pojedyncze kończyny. Jedna kąpiel trwa $^1/_2$—1 godziny. Dr. S. Salaghi *(Ueber die örtliche Anwendung hoher Wärmegrade vermittels des elekrischen Stroms. Münch. medic. Wochenschr.* Nr. 31, 1898) sporządził t. zw. termofory elektryczne. Zasadą tych przyrządów jest przemiana prądu elektrycznego w energię ciepła. Jestto system cienkich drutów, otoczonych asbestem i połączonych ze stałem źródłem elektryczności; zależnie od miejsca, w którem działać chcemy, owemu systemowi nadajemy różne rozmiary i kształty. Zalety tego sposobu, jakie autor wylicza, są różne: elegancya w użyciu, dokładne umiejscowienie działania, ścisłe i dowolne dawkowanie ilości ciepła etc. Wielu z tych zalet zbywa już np. sposobowi Prof. J. Krausego *(Ueber die örtliche Anwendung überhitzter Luft. Münch. medic. Wochenschr.* Nr. 20, 1898), który do wygrzewania kończyn ze schorzałymi stawami używa pieca ze znanego przyrządu Quinckego. W piecyku tym dochodzi K. do znacznych, gdyż ponad 100°C. temperatur.

Bier, w artykule, w tytule wymienionym, podnosi niedogodności, połączone z użyciem wysokich ciepłot i nie widzi ich potrzeby, gdyż równie dobre, jeżeli nie lepsze, wyniki osiąga w przypadkach zastarzałego gośćca, połączonego z bólem i zesztywnieniem stawu, swojem powszechnie znanem przekrwieniem biernem, polecanem pierwotnie przeciw gruźlicy stawów. W owych bardzo uporczywych przypadkach, w których przekrwienie bierne, systematycznie stósowane, pozostało bez skutku, i wysoko ogrzane powietrze nie działało wcale lub bardzo nieznacznie. A kiedy tak, toż przecież i dla lekarza i dla chorego wygodniejszem i przyjemniejszem jest łatwo i bez trudu urządzić się dające przekrwienie bierne, niż choćby nawet termofory Salaghiego, zwłaszcza gdy się nie ma stałego źródła elektryczności pod ręką, co chyba nie tylko w Galicyi zbyt często się zdarzy.

Herman.

Dr. F. Friedmann: **Przyczynek do dowolnego oznaczania płci płodu.** *(Klinisch therapeutische Wochenschrift*, Nr. 32, rok 1898). W początkowym okresie rozwoju każdy płód posiada dwojakie zawiązki (Grundelemente), z których mogą

powstać narządy płciowe męzkie lub żeńskie. W wyjątkowych przypadkach mogą narządy obydwóch płci wykształcić się u tego samego osobnika, który wówczas będzie obojnakiem; zazwyczaj jednak tylko narządy płciowe jednego rodzaju dochodzą do pełni swego rozwoju, a to kosztem narządów płciowych płci przeciwnej, które zanikają już we wczesnych okresach życia płodowego. Autor stawia sobie pytanie, jakie przyczyny sprawiają to zanikanie jednych a rozwój drugich narządów u płodu i dochodzi do przekonania, że musi tutaj działać jakiś czynnik chemiczny, który, będąc szkodliwym dla narządów jednej płci, umożliwia tem samem rozwój narządów płci odmiennej. Wykazanie tego czynnika chemicznego, tej toksalbuminy, mającej wpływ swoisty dla narządów płciowych żeńskich i męzkich, w stanie płodowym będących, i wprowadzenie takowej do ustroju matki w czasie ciąży pozwoliłoby nam, zdaniem autora, niszczyć dowolnie w zawiązku narządy płciowe jednego lub drugiego rodzaju i tem samem uzyskać noworodki płci takiej, jaką otrzymać chcemy. W dwóch doświadczeniach, wykonanych na jednej morskiej śwince, stosował autor owarynę w celu zniszczenia żeńskiej zarodzi (protoplasmy), zaś sperminę dla zniszczenia męzkiej i, rzeczywiście, po $3^1/_2$ miesięcznem podawaniu owaryny (ogółem 100 kołaczyków), świnka, użyta do doświadczenia, urodziła młode płci męzkiej, zaś następnie, gdy po przerwie dwumiesięcznej powtórnie ją sparowano i zastósowano siedm wstrzyknięć sperminy, wylęgła się samiczka. Autor sam przyznaje, że liczba doświadczeń, na których opiera swoje wywody, jest zbyt małą, ażeby można na tej podstawie orzec, czy czynnikiem działającym była owaryina lub spermina, czy też prosty przypadek, to jest zbieg okoliczności zupełnie nieznanych.

Wyświetlić tę sprawę może tylko duża liczba doświadczeń o zgodnym wyniku.

Piotrowski.

Cobbett: **O wpływie przesączania na antytoksynę błoniczą.** (*Ctblt. f. Bact.* 98. XXIV. 10. 11). C. przekonał się zapomocą licznych doświadczeń, że przesączanie surowicy przeciwbłoniczej przez świeczkę Chamberlanda lub filtr. Berkefelda może niewątpliwie osłabić jej siłę. To osłabienie siły surowicy bywa przytem bardzo rozmaite i zależy od stopnia przepuszczalności danego filtru. Z jednej strony może być strata, jak w doświadczeniach Dzierzgowskiego, nieznaczna, z drugiej zaś może dochodzić nawet 30% pierwotnej siły (przy użyciu filtru Berkefelda), lub nawet być prawie zupełna, jeśli filtr jest bardzo nieprzepuszczalny. Wobec tego przy wyrobie surowicy powinno się używać tylko tych rodzajów filtrów, które łatwo przepuszczają i przerwać przesączanie, skoro tylko filtr zacznie się zatykać; nie powinno się też w takim razie uciekać do wysokiego ciśnienia, aby koniecznie przesączyć surowicę. Koniecznem zaś jest, aby siła surowicy oznaczoną była według prób podjętych dopiero po przesączeniu. Praca C. jest wskazówką dla lekarzy praktycznych, na jaką surowicę liczyć należy; surowice, których siłę oznaczono tylko przed przesączeniem, nie powinny budzić zaufania w swą skuteczność. *C.*

Métin: **Czy prątek błoniczy rozmnaża się w narządach wewnętrznych?** (*Annales de l' Institut Pasteur* 1898. 9). Löffler, Roux i Yersin twierdzili, że prątek błoniczy znajduje się wyłącznie w nalotach błoniczych i że nader rzadko tylko można go spotkać we krwi i narządach wewnętrznych zmarłych na błonicę. Przeciwnego zdania byli Frosch, Kolisko i Paltauf, Wright, wreszcie Barbier i Richardière, dowodząc, że prątek błoniczy łatwo przenika w głąb ustroju i rozmnaża się w narządach. (Autor nie uwzględnił badań Nowaka. Ref.) Aby rozstrzygnąć tę sprzeczność, uciekł się M. do doświadczeń na zwierzętach, mianowicie królikach i morskich świnkach; pierwszym wstrzykiwał hodowle błonicze wprost do żył, drugim podskórnie i do jamy otrzewnej. Już w krótkim czasie po wstrzyknięciu nie można odnaleźć prątka błoniczego ani w krwi, ani w narządach wewnętrznych, z wyjątkiem śledziony, w której znajdują się niekiedy pojedyncze jego okazy. Dopiero w dłuższy czas po śmierci poczyna on mnożyć się i w krwi i w narządach i można wykazać go w obfitszej ilości, jeśli się sekcyę zwierzęcia wykona po upływie tego czasu; wówczas znajduje się jednak prątek błoniczy zawsze w towarzystwie innych drobnoustrojów, dostających się do krwi i narządów już po śmierci z treści jelit. Zapomocą dalszych doświadczeń przekonał się M., że prątek błoniczy, wprowadzony do żył zwierzęcia, znika ze krwi, to jest ulega działaniu fagocytozy, już w $^1/_2$ do 1 godziny po wstrzyknięciu; z narządów znika on prawie zupełnie w ciągu doby życia zwierzęcia zakażonego. Natomiast stwierdził M., że prątek błoniczy łatwo przechodzi do ustroju i rozmnaża się w narządach, jeżeli działał w skojarzeniu z paciorkowcami i gronkowcami. Wogóle zatem, według badań M., prątek błoniczy nie rozwija się w narządach, jeżeli sam tylko na ustrój zadziałał; aby go znaleść w obfitości w krwi i narządach, potrzeba albo badania dokonywać w dłuższy czas po śmierci, lub też skojarzyć działanie prątka Löfflera z innymi drobnoustrojami, jak paciorkowcami i gronkowcami. *Doc. Ciechanowski.*

Prof. Ziehen: (Jena) **O leczeniu padaczki makowcem i przetworami bromu,** (*Therap. Monatsh.* Nr. 8. 1898). Sposób leczenia padaczki makowcem i bromem podał Flechsig. Do leczenia nadają się wszystkie przypadki padaczki samoistnej, bez względu na wiek chorych, a więc także u dzieci. Przeciwwskazanym jest ten sposób leczenia u chorych wyniszczonych i w wadach serca. Makowiec podaje się z początku 3 razy dziennie po *0·05*, podnosząc dawkę co 2 dni o *0·01*; po siedmiu tygodniach dochodzi się w ten sposób do dawki dziennej *0·9*. U dzieci, między 12 a 15 r. życia, najwyższa dawka dzienna nie powinna przekraczać *0·6*. W czasie leczenia makowcem wzbronione są wszelkie pokarmy korzenne (także wędliny), alkohol, kawa, herbata i bulion. Palenia tytoniu należy chorym zakazać; przechadzki należy ograniczyć; zaleca się spokój fizyczny i umysłowy. Co wieczór kąpiel 10 minutowa o ciepłocie 24° R., poczem zwolna skraca się kąpiel i obniża jej ciepłotę aż do 3 minut i 17° R. Jako nieprzyjemne skutki makowca wymienić należy: utratę łaknienia i zaparcie stolca; pierwszą zwalcza się podawaniem kw. solnego, drugie masażem brzucha. Już w czasie leczenia makowcem zauważyć można w $^1/_3$ przypadków zmniejszenie się liczby napadów; u reszty chorych stan się jeszcze nie zmienia, a u niektórych napady stają się nawet częstsze i silniejsze. — Po 7 tygodniowem podawaniu (doszedłszy do *0·9* dziennie), usuwa się raptownie makowiec i zastępuje się go natychmiast *6-9* grm. soli bromowych. W tym czasie musi lekarz nad chorym bardzo starannie czuwać i zdać go pod ciągły nadzór doświadczonego dozorcy, a to z obawy wystąpienia głodu makowcowego. Brom należy według Ziehena podawać w możliwie wielkich dawkach, najmniej przez rok; z obawy zatrucia jest się jednak często zmuszonym na czas krótki zmniejszyć dawkę. U osłabionych osobników lepiej zacząć od mniejszych dawek (2,0-4,0). W czasie całego leczenia bromem należy chorego jaknajściślej nadzorować, aby nie dopuścić do zatrucia bromowego. Ziehen radzi opierać się głównie na zachowaniu się odruchu rogówkowego, badając go w kilku punktach na obu oczach. Jeśli odruch zniknął i przez dwie doby nie wraca, należy brom aż do powrotu odruchu odstawić. W razie zatrucia należy starannie czuwać nad stanem narządu oddechowego; podawać małe dawki arsenu (Levico, Roncegno) Wczasie leczenia bromem powinien chory pierwszych 3—5 dni przeleżeć, a w razie głodu makowcowego nawet dłużej; dyeta, jak w okresie leczenia makowcem; zimne kąpiele trzeba z początku na tydzień przerwać. Leczenie można, zdaniem Z., przeprowadzać także w domu. Z. po tem leczeniu widział wiele polepszeń: całkowite wyleczenie tylko 4 razy. *X.*

Prof. Maydl: **O jejunostomii** (*Mitteil. a. d. Grnzgbt.* T. III, Nr. 532, 1898). Autor był jednym z pierwszych, walczących o prawa obywatelstwa jejunostomii w chirurgii

i do dziś pozostał gorącym jej zwolennikiem i propagatorem. Wskazania, bardzo obecnie ograniczone, do tej operacyi, stara się rozszerzyć i wywalczyć dla jejunostomii pierwszeństwo przed gastroenterostomią (przynajmniej w pewnych przypadkach). Dowodzenia autora nie zbyt jednak przemawiają do przekonania. Odsyłając zatem interesowanych do oryginału, ograniczymy się tu do podania dat niewątpliwych.

Zakładając choremu przetokę do jelita czczego, wykluczamy z czynności trawienia żołądek. Czynimy to śmiało, wiedząc, że czynność trawienia żołądka dla ustroju nie jest niezbędną. (Dowodzi tego choćby głośny przypadek K. Schlattera, który u 56-letniej kobiety wyciął cały żołądek i o chorej tej donosi właśnie w tym samym zeszycie *Mitteil. a. d. Grnzgbt.*, że chora ta po roku zupełnie prawidłowo się zachowuje i, co ciekawsze, ścisłe badanie przemiany materyi nie wykazuje żadnych zboczeń. W tejże rozprawie, w przypisku, donosi Schlatter, że zachęcony jego wynikiem lekarz z San Francisko Charles Brooks Brigham wyciął również u 66-letniej kobiety cały żołądek rakiem zajęty, poczem udało mu się osiowo zeszyć dwunastnicę z przełykiem. Chora zniosła zabieg operacyjny dobrze i, w czasie ogłoszenia owej publikacyi, czuła się zupełnie dobrze. *Przypisek ref.).*

Rozległe oparzenia żołądka kwasami, ługami i solami żrącemi, rak rozlany na całym żołądku i wrzody olbrzymie, a zatem przypadki, nie nadające się do radykalnej operacyi, i w których gastroenterostomia byłaby albo niemożliwą do wykonania, albo bezcelową, stanowią najczęstsze wskazania do wykonania jejunostomii. Technika operacyjna, jak ją opisuje M., jest następująca: po otwarciu jamy brzusznej w lini środkowej i poniżej pępka, wyszukuje się początek jelita czczego. W odległości 20 ctm. od początku przecina się jelito poprzecznie i ramię doprowadzające wszczepia się bocznie w ramię odprowadzające, w odległości 20—30 ctm. poniżej miejsca przecięcia. Wszczepienie boczne można oczywiście wykonać przy pomocy guzika Murphyego. Na zewnątrz od cięcia pierwotnego, w odległości ca 2 ctm., robi się nowe krótkie cięcie przez samą skórę lub też przez skórę i mięsień. Od tego cięcia podminowuje się tkanki ku ranie laparotomijnej i przez kanał ten przeciąga się wolny koniec ramienia odprowadzającego jelita czczego i otwór ustala się szwami w ranie skórnej. Jamę brzuszną zamyka się w sposób zwyczajny. Bezpośrednio po operacyi można chorego odżywiać w sposób dostateczny. Operacyę tę wykonał autor 22 razy. Skutkiem operacyi zmarło czworo (t. j. 18%, czyli o połowę mniejsza śmiertelność, niż po gastroenterostomii). Także i przewidywania przedłużenia życia po jejunostomii przedstawiają się korzystniej, aniżeli po gastroenterostomii, jak o tem wnosi autor, opierając się na pracy statystycznej Chlumskiego z kliniki Mikulicza. *Dr. Herman.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 7 października 1898.

Przewodniczący: kol. prof. Gluziński. Obecnych członków 52.

1. Kol. Przewodniczący, ogłosiwszy posiedzenie za nadzwyczajne, daje wyraz oburzeniu z powodu morderstwa, dokonanego na Najdostojniejszej Cesarzowej Elżbiecie, oraz zaznacza głęboki żal i smutek po tej niepowetowanej stracie.

Przemówienia wysłuchali koledzy stojąc.

2. Kol. Przewodniczący otwiera posiedzenie zwyczajne.

3. Na wniosek kol. Przewodniczącego Towarzystwo przez powstanie oddaje cześć pamięci zmarłych kolegów: Mossinga i Obalińskiego.

4. Kol. protomedyk Merunowicz, imieniem Rady zawiadowczej Tow. lek. galic., oddaje nowy lokal Sekcyi w własnym domu Towarzystwa lek. w ręce przewodniczącego Sekcyi.

5. Kol. prof. Gluziński składając pokrótce życzenia pomyślnego nadal rozwoju nauki w łonie Sekcyi, czyni wniosek, ażeby serdecznie podziękować za trudy około nowego domu i lokalu Radzie zawiadowczej, a w szczególności koll. Merunowiczowi i Festenburgowi. Wniosek przyjęto długimi oklaskami.

6. Kol. Przewodniczący imieniem zarządu Sekcyi przedstawia wniosek wybrania 3 kandydatów do komitetu polskiego na Zjazd międzynarodowy lekarski w Paryżu.

Przez aklamacyę wybrano: koll. prof. Gluzińskiego, Rydygiera i Ziembickiego.

7. Kol. protomedyk Merunowicz stawia wniosek wybrania delegata do ankiety, zwołanej w sprawie reformy szkół średnich przez Wydział krajowy na dzień 27 października br., oraz zwołania nadzwyczajnego posiedzenia w celu omówienia tej sprawy.

Wniosek przyjęto za nagły i uchwalono zwołanie nadzwyczajnego posiedzenia dla omówienia tego przedmiotu, a w celu zaznajomienia wszystkich ze sprawą, wybrano referentem informacyjnym kol. Merunowicza.

8. Kol. Festenburg, jako prezydent Izby lekarskiej, zaprasza członków Sekcyi na przyjęcie delegatów Izb lekarskich austryackich z powodu Zjazdu, mającego się odbyć w dniu 10-go października br.

9. Wniosek kol. Stachiewicza: »poleca się Wydziałowi Sekcyi, by obmyślił sposób i warunki, pod jakimi dałaby się urządzić w lokalu Towarzystwa czytelnia pism lekarskich peryodycznych, otwarta dla członków przez 2 lub 3 wieczory w tygodniu i by to już od 1-go stycznia 1899 nastąpić mogło«. — przekazano Wydziałowi.

10. Kol. prof. Rydygier wygłosił rzecz: »O nowszych dążnościach w zakresie aseptyki«. Praca ta oparta na własnych doświadczeniach klinicznych ogłoszoną będzie w całości.

W dyskusyi przemawiał kol. doc. Wehr.

Dr. Hojnacki,
sekretarz.

Posiedzenie naukowe z dnia 28 października 1898 r.

Przewodniczący kol. prof. Machek. Obecnych członków 36.

1. Kol. prof. Gluziński przedstawił chorą z kliniki lekarskiej, u której już na podstawie badania przedmiotowego (silne widoczne tętnienie tętnicy szyjnej (carotis) po stronie tylko prawej, mocne wstrząśnienie serca przy tętnie małem i słabem, stłumienie nad mostkiem, ku dołowi się rozszerzające i schodzące się ze stłumieniem serca, przysłuchem dwa szmery najwyraźniejsze nad mostkiem, idąc ku pasze pojawia się drugi ton) rozpoznano rozstrzeń tętnicy głównej (ectasia aortae), a później zdjęty z chorej obraz radiograficzny w zupełności rozpoznanie stwierdził.

Kol. prof. Prus podnosi znaczenie w powyższym przypadku przedłożonego obrazu, bez którego możnaby tutaj przypuszczać jakąś sprawę nowotworową.

2. Kol. Festenburg uwiadamia dotyczących członków o nadeszłych na jego ręce podziękowaniach za gościnność i przyjęcie delegatów austr. Izb lekarskich na Zjeździe w dniu 10 października br.

3. Kol. Uhma zapytuje prezydyum, co zamierza uczynić w sprawie ogłoszenia przez dzienniki polityczne porządku dziennego dzisiejszego posiedzenia, wobec zapadłej przed kilku laty uchwały, wykluczającej podobne ogłoszenia.

Nad interpelacyą kol. Uhmy wywiązała się obszerna dyskusya, w której część mowców oświadczyła się *pro*, część zaś *contra* zniesieniu wspomnianej uchwały; wobec tego przyjętym pozostał wniosek, aby sprawę przekazać Wydziałowi do przedłożenia konkretnego wniosku na najbliższem posiedzeniu.

4. Kol Kowalski E. przedstawił wynik swych badań w zakładzie fizyologicznym prof. Becka »O wpływie zabiegów wodoleczniczych zewnętrznych na wydzielanie żółci«. Rzecz w całości będzie ogłoszoną w *Przeglądzie Lekarskim.*

5. Kol. Jasiński wygłosił odczyt: Z dziedziny antropologii kryminalnej. Odczyt ten będzie również ogłoszonym.

Dr. Hojnacki,
sekretarz.

VIII. Korespondencya.

Paryż d. 6 listopada 1898.

I.

Październik jest miesiącem, w którym Paryż zaczyna się budzić z odrętwienia wakacyjnego. Ludzie wracają do zajęć, ruch się wznieca i wzmaga, życie w towarzystwach naukowych, leniwie płynące podczas wakacyj, poczyna się coraz energiczniej objawiać. Uniwersytet jest zaledwo napół otwarty, wykłady bowiem i kliniki nieweześniej jak w listopadzie się rozpoczynają. Okres ten budzącego się życia naukowego zaznacza się zwykle naukowymi zjazdami. Obecnie aż trzy z nich mamy do zaznaczenia.

Pierwszym, co do czasu, był Zjazd położniczo-ginekologiczny i pedyatryczny, przypadający co trzy lata. Odbył się on tego roku w Marsylii (od 8 do 13 października), wszakże można go podciągnąć pod rubrykę wypadków paryskich, ponieważ większa część członków na nim przemawiających przybyła z Paryża. Zjazd podzielił się na trzy sekcye. Głównym przewodniczącym był prof. Pinard; w Sekcyi ginekologicznej przewodniczył prof. Pozzi (z Paryża), a w pedyatrycznej — prof. Broca (z Paryża). Zbyt wiele poruszono spraw na tym zjeździe, abyśmy mogli szczegółowo rozpatrzeć każdą z nich z kolei. To też zatrzymamy się przeważnie na sprawozdaniach z tematów postawionych na porządek dzienny Zjazdu.

Takim tematem w Sekcyi ginekologicznej była sprawa: *O leczeniu ciąży zamacicznej*, której sprawozdawcą był prof. Segond (z Paryża). Referat jego sumiennie i wyczerpująco opracowany, nic wszakże zupełnie nowego nie zawierał. Można jednak było zauważyć, iż referent ma szczególną predylekcyę dla laparotomii, którą w znacznej większości przypadków za najlepszą operacyę uważa, zachowując cięcie przez pochwę wyłącznie prawie dla przypadków krwisteku otorbionego (hématocèle enkystée). W rozprawie, która się nad tą sprawą toczyła, prof. Pozzi zauważył, iż co się tyczy drogi operacyjnej, niepodobieństwem jest ograniczać się do jednej jakiejkolwiek metody, lecz należy się kierować przy jej wyborze topografią uszkodzeń. A więc gdy w wielu przypadkach ciąży zamacicznej laparotomia rzeczywiście jest wskazaną, to w innych znów lepiej jest posłużyć się cięciem przez pochwę; a nawet mogą się zdarzyć i takie przypadki, że cięcie boczne jamy brzusznej, pozaotrzewnowe, daje najlepsze wyniki.

Prof. Richelot (z Paryża) opisał nowy, w pewnych przypadkach odchylenia macicy przez niego stosowany, sposób przymocowania macicy do pochwy (vaginofixation). Operuje on mniej więcej w sposób następujący: Ściąga macicę szczypczykami na dół, nacina poprzecznie przedni zaułek pochwy, następnie puszczając szyjkę przechyla macicę ku przodowi i przeprowadza poprzecznie przez górną wargę nacięcia pochwowego, oraz przez ścianę przednią macicy poniżej rogów (cornes) macicznych, nitkę katgutu, popod którą równolegle dwie inne jeszcze przeprowadza. Rana po takiem zeszyciu zrasta się łatwo, a macica zostaje trwale utwierdzona w położeniu prawidłowem. Ponieważ dno macicy jest wolnem, może się więc ona swobodnie rozwijać podczas ciąży. —

W Sekcyi położnictwa zdawał sprawę Bouffe de Saint-Blaise (z Paryża): *O samozatruciach podczas ciąży.* Referat ten zasługuje na szczegółowsze streszczenie. Jak wiadomo, każdy ustrój, dzięki własnym czynnościom życiowym, stale podlega samozatruciom. Podczas ciąży, gdy równowaga w ustroju tak łatwo może być naruszona, tem większe niebezpieczeństwo samozatrucia grozi kobiecie. W prawidłowym stanie ustroju walczą specyalne narządy przeciwko samozatruciu, czy to przetwarzając lub zatrzymując trucizny, (jelita, śledziona, gruczoły chłonne, nadnercze, gruczoł tarczykowy, wątroba), czy to wydalając je na zewnątrz (jelita, skóra, płuca, nerki). Objawy samozatrucia wtedy tylko wystąpić mogą, gdy który z wymienionych narządów niedostatecznie czynności swe spełnia, lub też, gdy zbyt wiele trucizn się wytwarza. To ostatnie zjawisko stale ma miejsce podczas ciąży. Niezbędnem jest wówczas przeto dla równowagi wzmożenie czynności narządów obronnych, co znów, powodując po pewnym czasie (gdy narządy te uprzednio były zdrowe) niejako ich przeciążenie, wywołuje następowo zaburzenia w ich sprawności. Najbardziej cierpią pod tym względem tak ważne narządy, jak wątroba i nerki. Zaburzenia w nich, zwłaszcza w wątrobie, są najbardziej groźnemi. Samozatrucia podczas ciąży objawiają się rozmaicie. Spotykamy tu: zaburzenia w czynnościach trawienia, uporczywe wymioty, ślinienie, świerzbienie ogólne, bronzowe zabarwienie skóry, żółtaczkę, obłęd połogowy, białkomocz, wreszcie drgawki. Wszystkie te różnorodne objawy mają to wspólnego, iż najlepszą metodą ich leczenia jest dyeta mleczna.

W Sekcyi pedyatrycznej spotykamy się z największą liczbą sprawozdań: Legendre (z Paryża) referował: *O niestrawności wychowanków w pensyonatach*, t. j. dzieci (od lat 7—18 przeciętnie), mieszkających i karmionych w internatach szkolnych. Z badań osobistych sprawozdawcy wynika, że pożywienie, dawane dzieciom w większej liczbie podobnych zakładów we Francyi odpowiada pod wielu bardzo względami potrzebom fizyologicznym ustroju w okresie wzrostu. Dzieci więc zdrowe powinnyby się rozwijać prawidłowo. Niestety jednak tak nie jest. Pokarm bowiem zupełnie odpowiedni dla zdrowych, nie jest już takim dla osłabionych lub cierpiących na narząd trawienia, a takich jest większość wśród dzieci, przebywających w internatach. Byłoby więc koniecznem, a przynajmniej bardzo pożądanem, aby dzieci, wstępujące do internatów, były dokładnie badane co do ich czynności trawiennej i następnie podczas całego pobytu w zakładzie ulegały pod tym względem ciągłemu nadzorowi lekarskiemu, oraz aby ich żywienie mogło być choć w przybliżeniu przystósowanem do potrzeb każdego z nich w szczególności.

W tejże sekcyi, Guinon (z Paryża) mówił: *O zapaleniach jelita okrężnicowego* (colites) *u dzieci;* Prof. Méry (z Paryża): *O współżyciu* (associations) *drobnoustrojów w błonicy*, a głównie o najlepiej zbadanem zespoleniu paciorkowca z prątkiem Löfflera; Sevestre (z Paryża): *O rokowaniu i leczeniu dławca w epoce obecnej*, co już jest znanem czytelnikom *Przeglądu*; Weill (z Lyonu): *O leczeniu chorób serca u dzieci*; Oddo (z Marsylii): *O klasyfikacyi obustronnych porażeń kurczowych* (spasmodique) *u dzieci*; Delanglade (z Marsylii): *O wrodzonych przepuklinach brzusznych*; Zani-Metaxas (z Marsylii): *O leczeniu stopy szpotawej porażennej*; (autor proponuje przeszczepiać całkowicie lub częściowo zdrowe mięśnie z ich ścięgnami lub tylko część ścięgien na ścięgna mięśni porażonych).

Niepodobieństwem jest wdawać się nietylko w poszczególny rozbiór, lecz nawet w wyliczanie odczytów; to też na zaznaczeniu powierzchownem ważniejszych sprawozdań poprzestać musimy. Tegoż samego trzymać się będziemy i w sprawozdaniu naszem z XII-go Zjazdu dorocznego Stowarzyszenia chirurgów francuskich, który odbywał się w Paryżu od dnia 17-go—22-go października, pod przewodnictwem profesora Le Dentu (z Paryża). Na ten Zjazd naznaczone były dwie sprawy: 1) *O nefrotomii*, której sprawozdawcą był prof. Guyon i prof. Albarran (z Paryża), i 2) *O leczeniu chirurgicznem wola* z wyjątkiem raka gruczołu tarczykowego, oraz wola towarzyszącego chorobie Basedowa; sprowozdawcą był prof. Reverdin (z Genewy).

Prof. Albarran dzieli swoje sprawozdanie na dwie części: w pierwszej zastanawia się nad właściwą nefrotomią, t. j. nad prostem czasowem nacięciem nerki, do którego uciekać się w trzech przypadkach należy: 1) w celu zbadania schorzałych: nerki, miedniczki nerkowej lub moczowodu; 2) w celu wydobycia kamieni nerkowych (nefro-

lithotomia); i 5) dodatkowo, przy operacyach, dokonywanych na miedniczce nerkowej lub moczowodach. Jestto operacya prosta i żadnego niebezpieczeństwa nie przedstawiająca.

W drugiej części, pod nazwą nefrostomii omawia Albarran operacyę, która polega na otwarciu miedniczki nerkowej przez tkankę nerkową, oraz na utrzymaniu otwartej rany nerkowej, tworząc w ten sposób w celu terapeutycznym rodzaj przetoki chirurgicznej. Operacyi tej dokonać można zapomocą cięcia pozaotrzewnowego, albo, co jest lepszem, zapomocą cięcia lędźwiowego. Wskazaną bywa ta operacya w bezmoczu (anurie), w puchlinie nerkowej (uronéphrose), oraz w zropieniu nerki (pyonéphrose). Daje ona często dobre wyniki, z wyjątkiem jednak nerki zropiałej na tle gruźliczem, gdzie najlepsze jeszcze względnie wyniki osiąga się przez nefrektomię.

W drugiem sprawozdaniu poruszył prof. Reverdin parę zajmujących punktów. Np. sprawozdawca ucieka się zwykle przy operacyi wola do znieczulenia eterem, o ile nie zna specyalnych przeciwskazań; w razie zaś duszności, wywołanej przez ucisk wola, poprzestaje na znieczuleniu miejscowem zapomocą kokainy, jeżeli znieczulenie jest wówczas koniecznem. Jako najlepsze cięcie skórne uważa on t. zw. cięcie kołnierzowate Kochera, daje ono bowiem najlepsze blizny; odrzuca sprawozdawca wycięcie całkowite (thyroidectomie totale) jako mające następstwa groźne. W dalszym ciągu roztrząsa inne znane metody operacyjne, oddając pierwszeństwo przed innemi t. zw. wyłuszczeniu wewnątrz-gruczołowemu (enucléation intraglandulaire). Nakłócia lub wstrzykiwania uważa on w ogóle za zbyteczne, a w pewnych nawet przypadkach za niebezpieczne. Czasem proste nacięcie może oddać niejakie przysługi.

W dyskusyi, jaka się nad tą sprawą toczyła, prof. Roux (z Lozanny) oświadcza się stanowczo przeciwko znieczulaniu podczas operacyi wola. Następnie, biorąc pod uwagę niepodobieństwo rozpoznania w początkach rakowatego zwyrodnienia wola, radzi wycinać całe wole w przypadkach, gdy takowe zaczyna się rozrastać. Co do metody operacyjnej, to ucieka się on zwykle albo do wyłuszczenia międzygruczołowego Socina, albo do tyroidektomii częściowej Kochera, i znacznie częściej dokonywa tej ostatniej operacyi. Doyen (z Paryża) oświadcza, że w przypadkach wola o wielkiej torbieli wyłuszczenie stanowi metodę najlepszą; wszakże w przypadkach wola wielotorbielowego, o wielkiej ilości małych węzełków (nodules), lepiej jest uciec się do jego metody tyroidektomii częściowej z użyciem jego nowych kleszczy do miażdżenia naczyń, co pozwala w kilka minut zakończyć operacyę. W niektórych przypadkach, zdaniem Doyena, dobrze jest zrobić intubacyę krtani, co daje możność chloroformowania chorego.

Na tymże Zjeździe prof. Poncet (z Lyonu) zwrócił uwagę na pewien rodzaj nowotworów w kościach, tworzących się kosztem błony wewnętrznej naczyń kostnych. Nazywa on je śródbłoniakami kości (endotheliomes des os). Do ostatnich czasów zaliczano je do jednej klasy z kościomięsakami. Billroth, a później Waldeyer opisali je pod nazwą naczyniomięsaków. Zajmują one jednak odrębne miejsce w szeregu nowotworów złośliwych. Z osobistych spostrzeżeń autor przekonał się, iż nowotwory, opisywane pod nazwą tętniaków, guzów naprężnych kości (tumeurs érectiles des os) są w rzeczywistości śródbłoniakami.

Larger (z Maisons Laffitte) przedstawił dziecko trzyletnie, operowane przez niego z powodu tarni dwudzielnej okolicy lędźwiowo-krzyżowej (spina bifida lombo-sacrè) w ciągu pierwszych 24 godzin po urodzeniu. Rana pooperacyjna zagoiła się po zeszyciu. W następstwie nie było ani puchliny pacierza (hydrorrhachis), ani głowowej (hydrocéphalie), co się zdarza często, jeżeli się operuje w późniejszym wieku dziecka. Dziecko przedstawione rozwija się zupełnie prawidłowo dotknięte jest tylko pewnym niedowładem nóg.

Aby już skończyć ze Zjazdami, musimy jeszcze rzucić okiem na III-ci Zjazd doroczny Stowarzyszenia urologów francuzkich. Na porządku dziennym tego Zjazdu postawione było pytanie: *O zakażeniach pęcherza*. Sprawozdawcami byli Albarran, Halle i Legrain. Według tych autorów istnieje wiele rozmaitych czynników zakażeń pęcherza. Zostawiając na stronie gruźlicę, można podzielić te czynniki na: częste, rzadkie i wyjątkowe. Do częstych należą: *bacterium coli* (131 razy na 304), gronkowiec ropotwórczy, *proteus* Hausera, paciorkowiec ropotwórczy, gonokok Neissera. Rzadkimi bywają prątek Ebertha, diplokok Fränkla, oraz *diplobacillum* Friedländera. Wyjątkowych wreszcie długa jest lista, mało są jednak dotąd znane. Często jest bardzo zakażenie mięszane i trudno nieraz dociec, który z drobnoustrojów rolę dominującą odgrywa. Zakażenie nastąpić może albo bezpośrednio przez otwory cewki lub moczowodu, albo też pośrednio, przez naczynia krwionośne lub chłonne. Zakażenie może albo przejść bez żadnego następstwa, albo wywołać rozmnożenie się laseczników w moczu, znajdującym się w pęcherzu, albo wreszcie spowodować zapalenie pęcherza. *W. Kania.*

IX. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka

Z ck. Namiestnictwa
L. 53402

OKÓLNIK

do wszystkich Panów ck. Starostów i W-nych Panów Prezydentów król. stoł. miast Lwowa i Krakowa.

Okólnikiem ck. Namiestnictwa z 16 kwietnia 1885 l. 14.532 w sprawie niższych posług cyrulicznych postanowiono, że cyrulikom (golarzom) wolno jest wykonywać *tylko* na ordynacyę lekarską *tylko* takie czynności, które należą do zakresu pielęgnowania chorego, jak: stawiania gorczyczników i pijawek, jakoteż baniek suchych i ciętych i dawania lewatyw; atoli żadnych czynności leczniczych, jak puszczanie krwi, rwanie zębów, golarzom (cyrulikom) *samodzielnie* wykonywać niewolno, a podejmowanie tych czynności uważane być ma za partactwo, które, o ile nie podpada pod postanowienia ustawy karnej, podlega karze według rozporządzenia ministeryalnego z 30 września 1857 d. p. p. Nr. 198.

Z powodu poczynionych spostrzeżeń, że cyrulicy (golarze) uzurpują sobie prawo do wykonywania rozmaitych czynności chirurgicznych na własną rękę,—tu i owdzie nawet lekarze, powołani do wykonywania nadzoru nad partactwem, o cyrulikach i ich obowiązkach mylne mają pojęcie (polecając np. prośbę cyrulika o pozwolenie wykonywania czynności chirurgicznych, nawet rwanie zębów, zabronione im rozporządzeniem min. z d. 20 marca 1892 Dz. p. p. Nr. 56), ck. Namiestnictwo, w celu należytego wykonywania policyi sanitarnej w tym względzie, wzywa Pana ck. Starostę (W-go Pana Prezydenta), aby zarządził ponowne ogłoszenie powołanych na wstępie okólników, odpisy tego ogłoszenia udzielił wszystkim w powiecie zamieszkałym lekarzom, zwłaszcza gminnym i okręgowym, oraz by czuwał nad tem, aby odnośne postanowienia były ściśle przestrzegane, a wbrew temu działający do odpowiedzialności byli pociągani.

Lwów, dnia 10 listopada 1898.

Piniński.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 1 grudnia 1898 r.

* Dnia wczorajszego odbyło się poświęcenie i uroczyste otwarcie kliniki okulistycznej w Krakowie. Po nabożeństwie w kościele św. Łazarza, przyodziani w togi, udali się profesorowie w uroczystym pochodzie do nowego gmachu, który bezzwłocznie poświęcił J. E. Książę Biskup krakowski. W zieleń przybranej sali wykładowej zgromadzili się przedstawiciele władzy duchownej i świeckiej, profesorowie Uniw.

Jagiell., wyżsi urzędnicy sądowi, lekarze i młodzież uniwersytecka. Wśród zebranych zajęli miejsce: prof. okulistyki we Lwowie, oraz prezes Sekcyi lwowskiej Tow. lek. gal. Dr. Machek i znany okulista z Lublina, Dr. Józef Talko, wraz z synem Włodzimierzem, lekarzem z Radomia. —

Przemówienie J. E. Księcia Biskupa rozpoczęło uroczystość; następnie zabierali głos: J. E. Namiestnik, hr. Piniński, J. Magn. Rektor U. J, Prof. Kleczyński i dyrektor kliniki okulistycznej, prof. dr. Wicherkiewicz. Przemówienie pierwszych trzech dygnitarzy łączyło się ściśle swą treścią ze stanowiskiem i wysoką godnością, którą piastują. Szersze obszary myśli objęła mowa prof. Wicherkiewicza: podziękowawszy imiennie tym wszystkim, którzy do dźwignięcia budynku klinicznego przyłożyli życzliwej ręki, w nadobnych i wzorzystych zwrotach nakreślił mowca to znaczenie, jakie ma oko dla ustroju ludzkiego, zwłaszcza dla jego życia duchowego. Ztąd płynie przysłowiowa potrzeba pielęgnowania oka. Gdy jednak nauka o chorobach ocznych sięga starożytnych czasów, ścisłe nauczanie kliniczne okulistyki rozpoczyna się w Europie dopiero w r. 1811, kiedy, pod naciskiem i groźbą chorób ocznych, które nawiedziły Europę po powrocie wojsk napoleońskich z Egiptu, założono klinikę okulistyczną w Londynie, a wkrótce potem w Wiedniu. W innych uniwersytetach okulistykę łączono teoretycznie i klinicznie z chirurgią. Tak się działo w Krakowie jeszcze za profesorstwa Bierkowskiego. Pomnikowe badanie oka pod względem fizyologicznym, anatomicznym i fizycznym przez takich genialnych uczonych, jak Jan Müller, Brücke, Helmholz, rozszerzyły zakres działania okulisty, a okulistykę wyodrębniły do stopnia samoistnej specyalności. Wszystkie Uniwersytety pospieszyły z ustanowieniem samodzielnych katedr i klinik. W Krakowie, dzięki staraniom prof. Sławikowskiego, powiodło się zdobyć dla kliniki chorób ocznych 6, a po jakimś czasie drugich 6 łóżek, dodajmy, najniestósowniej umieszczonych. Nieodżałowany śp. Lucyan Rydel rozporządzał już 24 łóżkami; atoli budynek dotychczasowej kliniki, w którym on nauczał i pracował, nie posiadał żadnych warunków do rozwinięcia pracy naukowej; temu tylko zaiste należy przypisać, że taki człowiek, jak ś. p. Lucyan Rydel, obdarzony głęboką wiedzą, wielką zdolnością i szczerym zapałem, zeszedł ze świata bez śladów naukowej działalności. Nowa klinika posiada warunki do naukowej pracy i praca ta, przy Bożej pomocy, będzie płodną. Jednak działalność kliniczna wymaga ciągłych ulepszeń i nakładu; pod tym względem poleca mowca nową klinikę dalszej i nieustającej opiece rządu. Zwracając się do młodzieży, gorącemi słowy wezwał ją prof. Wicherkiewicz do pilnej i wytrwałej pracy: »la noblesse oblige« powiedział mowca, lecz nie w rozumieniu pochodzenia rodowego, lecz posiadania; komu więcej dano, od tego też i więcej żądać należy, a przedewszystkiem on sam od siebie wymagać więcej powinien.

Przytoczony z pamięci szkic mowy prof. Wicherkiewicza nie odźwierciadla jej wytwornej formy i głębokich myśli. Pod wrażeniem tych słów poważnych przystąpiono do szczegółowego obejrzenia wewnętrznego urządzenia nowej kliniki, lecz dla braku miejsca musimy się zrzec opisu tego pięknego i celowi odpowiedniego budynku.

Wieczorem podejmowali PP. Wicherkiewicze obecnych na porannej uroczystości dygnitarzy duchownych i świeckich, ciało profesorskie, oraz licznych lekarzy i obywateli z miasta i okolicy.

* Wydział balneologiczny warszawskiego Towarzystwa higienicznego odbył pierwsze posiedzenie pod przewodnictwem Dra Dobrzyckiego. Poruszono wiele spraw ze stanowiska ogólnego, a w końcu uchwalono roztrząsnąć na przyszłem posiedzeniu 2 tematy, mianowicie: »Uwagi nad miejscami klimatycznemi w naszym kraju«, oraz »Określenie ogólnych potrzeb mieszkań letnich«. Pierwszy temat podjął się opracować Dr. Sokołowski, drugi Dr. J. Zawadzki. Posiedzenia mają się odbywać co miesiąc.

* Ordynatorem oddziału dla chorób gardła w warszawskim szpitalu starozakonnych mianowany został na podstawie konkursu Dr. Leopold Lubliner.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w U. J. otrzymali: Władysław Antoni Borzęcki i Adam Zenon Antoni Schmidt.

(J. G.) *Öster. Sanitätswesen* w Nr. 46 zamieszcza tymczasowe daty statystyczne ruchu ludności w Austryi (bez Węgier) z r. 1897, bez dokładniejszych zestawień z latami poprzedniemi, porównań z liczbą ludności danej prowincyi itd.

Jednak z tych kilkudziesięciu rzuconych liczb okazuje się znowu nizki stopień oświaty naszego biednego kraju. I tak, na 100 porodów odbyło się w całej Austryi 65·1% przy pomocy położnych lub lekarzy, — w Czechach 97·9%, — w Tryeście 100%; — u nas zaledwie 21·4%, najniższy odsetek z całej Austryi.

Na 100 wypadków śmierci stwierdził lekarz przyczynę śmierci w całej Austryi 66·5% razy, — w Czechach 99·5% razy, — u nas zaledwie 23·4% razy.

W całej Austryi (bez Węgier) zmarło w r. 1897 dzieci w wieku do lat 5-ciu przeszło 700.000 (siedemkroć); z tego w samej Galicyi blizko 3-cia część, — w Czechach (największej ilością mieszkańców zbliżonych do Galicyi) — mniej jak piąta część.

Pocieszającem w tem sprawozdaniu jest tylko to, że wiek młody do lat 15 okazuje w całej Austryi (bo danych dla pojedyńczych prowincyj z lat poprzednich brak) z roku na rok niższą śmiertelność (czyżby surowica?). Podobnież ilość wypadków śmierci z gruźlicy zmniejsza się stale od lat kilku. Natomiast rośnie stale ilość przypadków śmierci z powodu nowotworów złośliwych.

* W niedzielę nastąpi uroczyste odsłonięcie w Paryżu pomnika dla Charcota, wystawionego ze składek międzynarodowych.

* Komitet gospodarczy XIII-go międzynarodowego Zjazdu lekar. w Paryżu uchwalił, by Zjazd ten odbył się od 2-go do 9-go sierpnia 1900 r. (*Münch. med. Wochenschr.*)

* Zjazd niemieckich balneologów odbędzie się w Berlinie między 3 a 7 m. marca 1899 r.

* Pierwszy Zjazd rosyjski dla klimatologii, hidrologii i balneologii odbędzie się między 12 a 16 grudnia b. r. w Petersburgu.

Mianowania. Prof. niemieckiego Uniw. w Pradze, Dr. Filip Knoll, — zwyczajnym profesorem patologii ogólnej i doświadczalnej w Wiedniu.

Nekrologia. Dnia 23 z. m. zmarł w Wadowicach Dr. Maurycy Wojciech Zennermann, emerytowany lekarz powiatowy, w 83 r. życia. Dr. Edward Maresz zmarł w Szydłowcu, gub. radomskiej. W Paryżu zakończył życie sędziwy Dr. Gruby, lekarz Chopina, Heinego, obu Dumasów itd.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. *W Kronice Lekarskiej* (Zeszyt 22): Dr. Bregmana L.: Przyczynek kliniczny do postępującego zaniku mięśni. *W Gazecie Lekarkiej Nr. 48.* Dr. Motza B.: O gruźlicy nerek. Piotrowskiego J.: O leukemii i sprawach pokrewnych. Dr. Ołtuszewskiego W.: O stosunku porażeń mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategoryj zboczeń mowy. W *Medycynie Nr. 48*: Dr. Rosenthala J.: Opis ważniejszych przypadków, operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala starozakonnych w Warszawie w 1896—97 r. oraz ogólny zarys działalności tegoż szpitala. Dr. Kleina S.: Pochodzenie i znaczenie eozynofilii tkanek i krwi.

Redakcya otrzymała:

— Neugebauer Fr.: Venus cruenta, interdum mutilans, interdum occidens. Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu* (Odbitka, Warszawa, 1898).

— Tenże: Rzadkie spostrzeżenie automatycznej rytmiczne czynności serca 14-tygodniowego płodu ludzkiego, aż 3 godziny po śmierci jego trwającej. (Odbitka. Warszawa, 1898).

— Tenże: 12 spostrzeżeń ran postrzałowych brzusznych, podczas ciąży. (Odbitka. Warszawa, 1898).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 7-go Grudnia, to jest we Środę, o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium medicum* na Grzegórzkach w Sali wykładowej Prof. Dra N. Cybulskiego.

Na porządku dziennym:

Kol. A. Wróblewski wygłosi odczyt w połączeniu z demonstracyami: „O mleku niewieściem i krowiem w świetle nowszych badań chemicznych“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.